

272

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mai 1906. à 1 heure

PAR

Georges LEBRET

Ancien interne des hôpitaux de Paris

PARALYSIE GÉNÉRALE ET PSYCHOSES

DANS

LA SYPHILIS ACQUISE

Etude clinique, diagnostique, thérapeutique

Président : M. BRISSAUD, Professeur.

*Juges : MM. { GARIEL, Professeur.
BROCA André, Agrégé.
LEGRY, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1906

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	SEOND.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
Clinique gynécologique	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON
	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFEL (chef des
BRINDEAU	GOUGET.	MAILLARD.	Travaux anatomiques.
BROCA André	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CLAUDE.	LABBE.	MÉRY.	VAQUEZ.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(*Stage, externat, internat : 1897-1906*).

Laënnec.

M. le Professeur LANDOUZY.

M. le Docteur AVIRAGNET.

M. le Docteur FLORAND.

Tenon.

M. le Docteur Gérard MARCHANT.

Pitié.

M. le Docteur TEISSIER.

Saint-Louis.

M. le Docteur NELATON.

Boucicaut.

M. le Docteur LETULLE.

Saint-Louis.

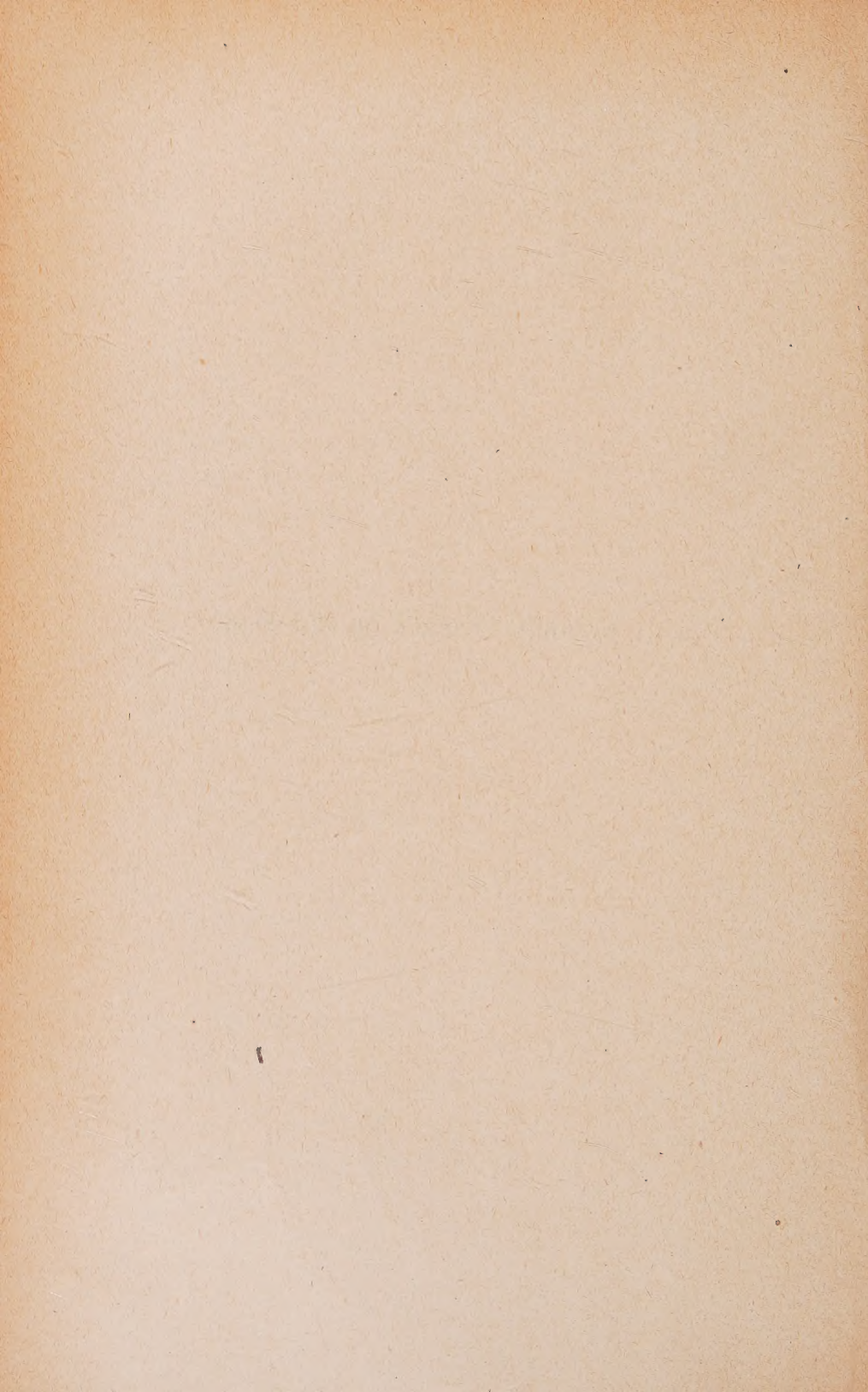
M. le Docteur HALLOPEAU.

Charité.

M. le Docteur TOUPET.

M. le Docteur LABADIE-LAGRAVE.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PERE

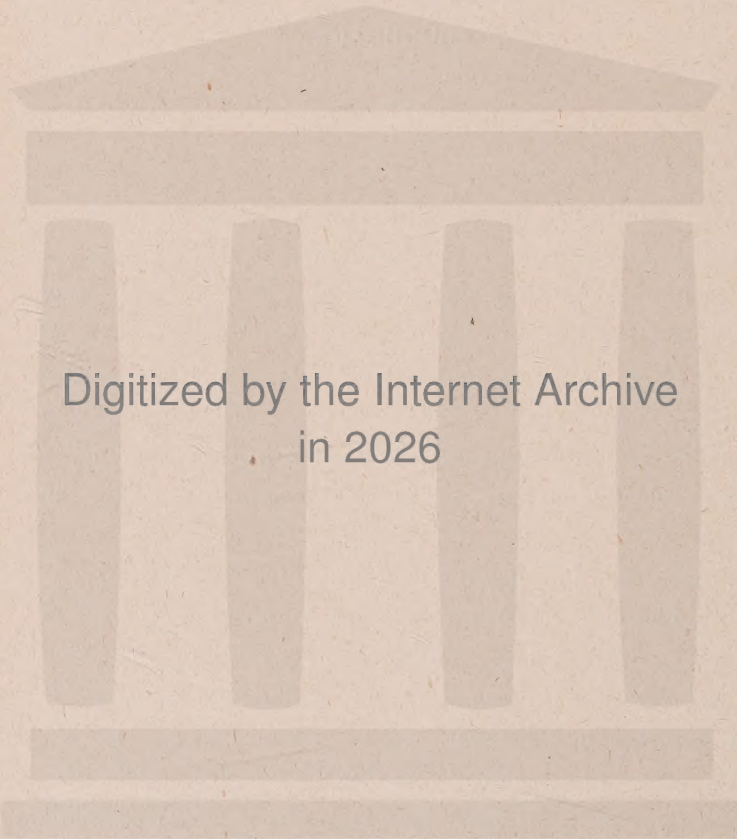


INTRODUCTION

La syphilis est une des affections le plus capables de retentir, non seulement sur le système nerveux, mais sur l'état mental de ceux qu'elle frappe. De sorte que nous aurions pu intituler ce travail : DES AFFECTIONS MENTALES OBSERVÉES DANS LA SYPHILIS ACQUISE, si l'une de ces conséquences de la syphilis : *la paralysie générale*, ne nous avait paru tellement dominante par sa fréquence, que c'est elle surtout que nous opposerons à toutes les autres.

Notre intention est de ne faire allusion qu'à des cas pathologiques s'accompagnant de syphilis *acquise* ; cette affection entrera dans toutes les observations que nous nous proposons de rapporter ; en un mot : *tous nos malades sont des syphilitiques*.

Et alors, quels *symptômes* présentent-ils ; quelle part *étiologique* a la syphilis dans leur production ; comment se *différencient-ils* les uns des autres ; quel *traitement* faudra-t-il conseiller en présence de tel ou tel cas, et quel sera son effet... autant de questions du plus haut intérêt, tant aux points de vue *clinique*, que *diagnostic*, *pronostic*, *légal*, et *thérapeutique*.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0153

CHAPITRE PREMIER

Relations de la paralysie générale et de la syphilis.

La cause de l'influence prépondérante de la syphilis comme agent direct ou indirect de paralysie générale est aujourd'hui gagnée.

Il n'y a, pour s'en rendre compte, qu'à se reporter tout d'abord aux nombreuses statistiques publiées par le professeur A. Fournier : les siennes, et celles qu'il a pu faire établir en France, démontrent que la syphilis a été retrouvée 80 fois et plus sur 100 dans les antécédents des paralytiques généraux. Ce pourcentage, si élevé soit-il, doit encore rester au-dessous de la vérité, en raison des syphilis *méconnues, oubliées, niées*, en raison aussi de ce fait que le paralytique général interrogé à ce sujet peut être devenu amnésique ou inconscient. Ce chiffre s'est élevé de plus en plus depuis qu'on a pris soin de rechercher la syphilis dans les antécédents des malades. La plupart de nos maîtres sont du même avis que le professeur Fournier. Pour M. P. Marie, une cause qui a été dûment constatée dans l'anamnèse 90 fois sur 100 a bien des chances pour y figurer en réalité 100 fois sur 100. M. le professeur

Brissaud dit n'avoir jamais vu une paralysie générale classique, « une de ces paralysies générales qui s'imposent d'emblée au diagnostic », échapper à l'étiologie syphilitique. Pour M. Gilbert Ballet : « En présence d'un tel faisceau d'arguments d'ordre statistique, anatomique, clinique et même expérimental (allusion aux expériences d'inoculation de syphilis sur huit paralytiques généraux relatées par Krafft-Ebing), il est difficile de ne pas reconnaître l'influence étiologique hautement prépondérante de la syphilis dans le développement de la paralysie générale. »

A l'étranger, les appréciations du même genre sont aussi très nombreuses : pour Neumann, la syphilis est la cause *prépondérante* de la psychose en question ; pour Ripping, elle en est la cause *principale*, et pour Kowalewsky, *la raison principale et essentielle*. Homère et Erb sont de cet avis ; Bombarda (Lisbonne) déclare qu'il n'est pas une paralysie générale vraie qui ne dérive de la syphilis.

A ces preuves tirées de la statistique, il faut ajouter les cas de paralysies générales dites *conjugales ou familiales* [Goldsmith, Ziehen, Acker (1887), Hendel, Westphal, Siemerling (1888), Evrard (1889), Cullerre (1890 et 1904), Régis et Anglade (1892), Dewey (1894), Phelps (1896), Spillmann et Etienne (1896), Kéraval, Raviart, Lündborg, Monkemöller (1902), Brash, Scalozouboff et Foporkoff (1903, Garnier et Santenoise (1905)]. Dans ces cas, une infection syphilitique commune aux deux époux ou aux membres d'une même famille, et dûment constatée, les conduit à la même déchéance.

Il faut mentionner les faits dans lesquels la paralysie

générale semble suivre la syphilis communiquée par un même sujet à plusieurs autres (Goldsmith, Raymond, Morel-Lavallée, Belière).

On doit encore signaler les paralysies générales des tous jeunes gens, pour lesquelles on ne saurait invoquer l'alcoolisme, le surmenage, l'influence des passions, les préoccupations morales, alors qu'on retrouve chez eux les traces de la syphilis héréditaire ou de la syphilis acquise dans le jeune âge, plus souvent encore que l'hérédité névropathique.

A l'argument contraire tiré des différences qui existent entre la répartition géographique de la syphilis et de la paralysie générale, et de la non-existence de cette dernière dans les pays où la syphilis est très fréquente, le professeur Fournier répond que, dans ces contrées, on ne relève pas l'existence des causes prédisposantes qui font que les syphilitiques deviennent paralytiques généraux (1). En Extrême-Orient, en Afrique, le surmenage, la vie intensive, les préoccupations morales, la vie intellectuelle sont des raretés. L'hérédité nerveuse ou mieux « l'aptitude à faire éclore des affections nerveuses », ne se rencontre pas plus souvent. Dans les pays civilisés, au contraire, la paralysie générale ne se retrouve guère que dans les milieux où la syphilis est fréquente : elle est déjà plus rare chez les femmes, elle devient une exception chez les habitants des campagnes, les religieux, les « quakers » (Mac-Dowal, Bouchaud, Krafft-Ebing).

(1) Consulter à ce sujet : E. Régis, *Précis de Psychiatrie* (Facteurs étiologiques de la paralysie générale.)

Enfin, ce qui démontre mieux que tout, peut-être, les relations de cause à effet qui existent entre la syphilis et la paralysie générale, c'est que la paralysie est d'autant plus rare que la syphilis a été *bien* traitée (Fournier).

La communication (1) du professeur Fournier, portant sur 79 cas de paralysie générale à antécédents syphilitiques, montre que quatre seulement de ces paralytiques généraux avaient suivi un traitement spécifique sérieux ayant duré trois ou quatre ans. Plus le traitement de ces 79 malades a été réduit, plus la complication méningo-encéphalique est devenue fréquente :

15 cas sont relevés après un traitement de un an et demi à deux ans ;

16 cas sont relevés après un traitement d'un an ;

Dans 43 cas, ce traitement a été plus écourté encore.

En cela, la méningo-encéphalite diffuse se rapproche nettement des accidents syphilitiques tertiaires, qui présentent la même fréquence ou la même rareté, suivant que la spécificité a été modifiée ou non par le traitement préventif.

D'autre part, l'on a nié, sur le même cerveau, la coexistence de lésions nettement syphilitiques et d'altérations caractéristiques de paralysie générale. Or, bien qu'il n'y ait, au point de vue anatomique, aucune ressemblance entre la méningo-encéphalite diffuse et les néoformations de la syphilis (Cornil) (2), cette coexistence a été observée par de très nombreux auteurs : Foville (1879), Mendel

(1) A. Fournier. Académie de médecine (séance du 21 février 1905).

(2) Cornil. Acad. de méd. (séance du 28 mars 1905).

(1881), Schultz (1883), Siemens (1887), Anglade, Charbonneau (1891), Koppen (1896), Régnier, Sérieux et Farnarier (1901), Aubery (1902), Gaucher et Babonneix, Lebedeff (1903), Tissot (1904), Carl Hudovernig et J. Gusmann (1905) (1).

Il y a, certes, encore beaucoup de points obscurs : c'est d'abord la fréquence d'autant plus grande de la paralysie générale que la syphilis s'est montrée plus bénigne ; son absence presque constante après les syphilis malignes précoces : c'est ensuite l'absence totale de données précises sur le processus pathologique : c'est enfin l'échec complet du traitement spécifique, si intensif soit-il, en présence de paralysie générale *confirmée*.

Quoi qu'il en soit, les observations cliniques sont là pour prouver que l'immense majorité des paralytiques généraux a eu la syphilis, et l'absence d'explication pour un fait n'implique pas sa non-existence.

Quand les syphilitiques contractent la paralysie générale, celle-ci débute plus fréquemment de la sixième à la douzième année qui suit le chancre, avec un fort maximum pour la dixième. Une toute récente statistique du professeur Fournier (2), basée uniquement sur des cas observés en ville, nous montre que pendant ces six années (de la 6^e à la 12^e), 65,4 p. 100 des paralysies générales font leur apparition ; 28,5 p. 100 apparaissent de la treizième à la vingtième année ; 2,6 p. 100 au-delà de cette vingtième année. Il n'en relève aucun cas dans les deux

(1) Cités par F. Raymond in A. Fournier et F. Raymond : *Paralysie générale et syphilis* (Masson, 1905).

(2) A. Fournier. Acad. de méd. (séance du 21 février 1905).

premières années de la syphilis, et seulement 3,5 p. 100 de la troisième à la sixième année.

Ces dates d'apparition, qui peuvent être considérées comme typiques, ne sont pas sans importance pour notre sujet. On doit, en pathologie, faire quelque cas des chiffres, et, à ce sujet, telle affection dont nous aurons à nous occuper, que nous devons reconnaître, aura d'autant moins de chance d'être de la paralysie, que sa date d'apparition, par rapport au début de la syphilis, s'écartera davantage des années où l'infection spécifique détermine plus fréquemment la paralysie générale. Nous ne perdrons pas de vue cette notion, et nous y recourrons dans certains cas.

CHAPITRE II

Période prodromique de la paralysie générale.

Si la paralysie générale se présente habituellement avec un ensemble de symptômes caractéristiques, elle peut débiter de façon assez trompeuse, ou encore se manifester, même en plein état, tantôt avec des allures frustes, tantôt avec des formes prédominantes dissimulant le fond de la maladie, de sorte qu'il est utile, pour ne pas la confondre avec une autre affection, de ne pas oublier ses allures atypiques. Quant à sa terminaison, elle est simulée par nombre de déchéances, surtout mentales, que l'on a à distinguer de la dernière période de la paralysie, surtout si on n'a pas assisté à la période d'état.

C'est incontestablement le début qui prête au plus grand nombre d'erreurs : toujours lent, précédé d'une période prodromique variant, comme durée, de quelques mois à quelques années, il ne se révèle que chez les sujets attentivement suivis et fréquemment examinés, et passe souvent inaperçu dans le cas contraire.

Des symptômes très nombreux vont faire leur apparition, les uns sans importance manifeste et communs à d'autres affections, et les autres déjà susceptibles d'éveil-

ler l'attention, mais, comme nous le verrons, c'est par leur groupement que ces signes du début peuvent faire songer à la gravité d'une affection encore latente.

Cette période prodromique est de règle, elle a évolué même avant les ictus apoplectiques ou épileptiques qui, parfois, marquent brusquement un début vrai. Elle consiste en une « déchéance généralisée de tout l'être sentant, pensant et voulant » (Magnan et Sérieux), mais déchéance faite de nuances infimes : il faut une observation presque constante pour s'apercevoir que tout ce qui est activité et pensée s'émousse peu à peu, que la mémoire diminue, surtout celle du calcul, que l'articulation de certains mots, et l'écriture, surtout rapide, n'ont plus la même netteté. La même observation fait constater les défauts de l'attention et du jugement, le ralentissement de la pensée, qui se fatigue vite, l'altération de la faculté perceptive, de l'affectivité et du sentiment moral, les contradictions, les brusques différences dans toutes les manières d'être, le tout dominé chez le malade par une absence absolue d'inquiétude. S'il s'aperçoit au début de certaines anomalies, et va même quelquefois jusqu'à en concevoir quelque soupçon, il n'y prend bientôt plus garde, reste indifférent, et accomplit tout ce qui lui est commandé par son instinct déchu.

Cette insouciance et cette euphorie dominent le début de la plupart des paralysies générales : mais il ne faut pas oublier que celles-ci peuvent être précédées de prodromes à allure dépressive, et même hypocondriaque.

Malgré ces anomalies, l'interrogatoire est non seulement possible, mais encore d'une très grande utilité. En le

conduisant avec autorité et délicatesse à la fois, on obtient d'utiles confidences d'abord sur le passé pathologique. Si la syphilis est niée (ce qui est très rare : en effet, en aucune autre circonstance on n'entend plus souvent cette réponse empreinte du plus parfait optimisme : « Oui, j'ai eu la syphilis, mais il y a longtemps !... ») le malade est cependant à même de parler de symptômes ou de traitements révélateurs, des fausses-couches de sa femme, d'accidents que ses enfants ont pu présenter ou dont ils ont pu mourir. Les malades parlent volontiers aussi de leur vie antérieure, font connaître des causes adjuvantes comme l'alcoolisme et d'autres intoxications ou auto-intoxications (goutte, diabète, arthritisme, intoxications alimentaires des gros mangeurs, etc.), (rappellent leur surmenage, leurs excès, émotions et soucis) ; la relation de traumatismes craniens, d'après Vallon (1), Siemerling, Lici, ne serait pas sans importance.

Il est facile également de savoir comment a été soignée la syphilis, avec quels procédés, et pendant combien de temps ; or, il n'est presque pas de cas où l'on ne retrouve une relation entre la fréquence de la paralysie générale et la *qualité* du traitement opposé à la syphilis.

L'examen des différents appareils et fonctions est tout aussi facile que l'interrogatoire, et il est plus utile, parce qu'il donne des résultats plus précis.

Il se dégage, en effet, des réponses du malade, une exagération de tout ce qui peut le faire valoir, quelque

(1) Vallon. La paralysie générale et le traumatisme dans leurs rapports réciproques. *Th.*, Paris, 1882.

chose comme une série de vantardises qui témoignent déjà de l'euphorie du début, et dont nous reparlerons en comparant les résultats d'interrogatoires de malades que nous nous proposons d'opposer aux paralytiques généraux.

Après cette période prodromique, l'affection suit une marche *progressive* qui la caractérise pendant toute sa durée ; ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, l'exagération de ces premiers signes achemine les malades à la période d'état, ou bien le début a lieu d'une façon plus bruyante, par un ictus.

CHAPITRE III

Affections qui, chez les syphilitiques, peuvent simuler la période prodromique de la paralysie générale.

Or, parmi les affections qui, chez les syphilitiques, peuvent être rapprochées de la période prodromique de la paralysie générale, les unes sont des conséquences plus ou moins proches de la syphilis, les autres surviennent aussi bien chez les syphilitiques que chez ceux qui en sont indemnes : la syphilis n'y est donc pour rien.

Les premières s'expliquent d'abord par ce fait que la syphilis, comme toutes les maladies chroniques, est susceptible, à toutes ses périodes, d'altérer plus ou moins profondément *le moral* des malades, et cela sans qu'aucune lésion organique vienne frapper les centres nerveux et arrive ainsi à compromettre l'intelligence.

Elles s'expliquent davantage encore dans les cas où l'atteinte du système nerveux par le virus syphilitique est encore latente.

Voilà donc deux séries de manifestations bien tranchées : 1° des troubles mentaux dus à l'intoxication générale spécifique ; 2° d'autres troubles précédant une localisation de la syphilis sur le système nerveux.

Les premiers s'observent au début de l'infection : « Liés pour la plupart à la mise en jeu, par l'ébranlement infectieux de l'organisme, des prédispositions psycho-névropathiques, héréditaires ou acquises, du sujet récemment syphilitisé, ils ne sont que l'*effet indirect* et non le *produit direct* d'une infection récente qui représente, en l'espèce, la cause occasionnelle et non l'agent déterminant du développement des accidents . » Nous ne songerions pas à les mettre en parallèle avec les prodromes de la paralysie générale (puisque, dans les cas les plus précoces de cette affection, le chancre remonte au moins à deux ans et demi ou trois ans), mais, tout d'abord, leur début peut être un peu plus tardif ; de plus, liés aussi à l'action du traitement spécifique, ils peuvent, si celui-ci est négligé, insuffisant ou inefficace, apparaître à un moment qui se rapproche de l'échéance la plus précoce de la paralysie générale, et où la virulence de la syphilis est encore très grande. Ensuite, ils sont sujets aux rechutes et aux récides ; ils demandent parfois, pour faire leur apparition, des causes adjuvantes ou occasionnelles qui ne surviennent que plusieurs années après le chancre, de sorte que la syphilis a pu évoluer longtemps avant leur éclosion. Enfin, ne savons-nous pas que, sous le nom de *neurasthénie tardive des anciens syphilitiques*, de *neurasthénie parasymphilitique* (A. Fournier), il a été décrit un syndrome de neurasthénie très accentuée, qui peut survenir six à dix ans après le chancre ?

(1) E. Dupré. Art. Psychopathies organiques. In *Traité des maladies mentales* de G. Ballet.

En somme, à côté de l'ensemble des lésions que divulgue l'examen clinique, dont l'extension est plus ou moins commandée par la thérapeutique, et qui est étudiée sous le nom de *syphilis cérébrale*, il existe toute une série de faits qui n'intéressent encore que la clinique, ne peuvent se grouper que parmi les manifestations d'ordre psychique et qui, faute de preuves histogéniques certaines, ont été mis sur le compte de l'extrême sensibilité du système nerveux central en présence de la toxine syphilitique.

Ces troubles ont fait l'objet de nombreuses études : M. L. Marchand (de Blois) (1) n'a pas relevé moins de 22 noms d'auteurs dont les travaux s'échelonnent depuis 1532, avec Nicolas Massa (2), jusqu'à nos jours.

Nous pouvons, en effet, noter à l'étranger les travaux de Read (3), Duncan (4), Esmarch et Jesset (5) ; Grainger-Stewart, Skae, Clouston, Mickle, Kiernan, Savage (*congrès international de Washington*, 1887), de Linstow (6), Batty Tuke (7), Hayes Newington (8), Erlenmayer (9), Ripping de Duren (10), Kiernan (11) ; en France ceux de

(1) L. Marchand. *Revue de psychiatrie*, mars 1905.

(2) Nicolas Massa. *De morbo gallico*.

(3) Read. *The Dublin quaterly journal*, 1852.

(4) Duncan. *Cases of syphilitic insanity and epilepsy*, *id journal*, 1863.

(5) Esmarch et Jessen. *Syphilis und geistestorungen. Allg. Zeit.* Bd. XIV, 1857.

(6) Linstow. *Arch. fur. Psych.* 1873.

(7) Batty Tuke. *The journal of Mental Science*, vol. XIX.

(8) Hayes Newington, *id. journal*.

(9) Erlenmayer. *Die luetischen Psychosen*, 1877.

(10) Ripping de Duren. *Allg. Zeits. ch. f. Psych.* 1880.

(11) Kierman. *Journ. of. ner. and mental. diseases.* 1880.

Ricord (1), Mauriac (2), Luys (3), Voisin (4), Parant (5), Sollier (6). Bouveret, Levillain, Morel-Laval-lée, Mairet (7), Magnan (8), Régis, Hagelstein (9); mais c'est surtout par les leçons et les travaux du professeur Fournier qu'ils nous sont les mieux connus.

Que ce soit là une action *indirecte*, par l'auto-intoxication due aux modifications que la syphilis secondaire imprime au foie et au rein (Séglas), par anémie, par troubles de nutrition qui préparent le terrain à la folie (Gaucher et Crouzon); que cette action soit, au contraire, *directe*, la toxine altérant le chimisme des cellules cérébrales (Mickle, Régis, Kovalewsky, Hagelstein, Jacquin), il n'en résulte pas moins qu'il existe un certain rapport entre les troubles mentaux et l'intensité de l'infection syphilitique, que « toute syphilis, qu'elle soit bénigne ou grave, peut s'accompagner de manifestations psychiques, et que ces dernières paraissent être d'autant plus fréquentes que la syphilis n'est pas traitée. » (Marchand)

Pour le professeur Fournier, les connexions pathogéniques du « nervosisme secondaire » avec la sy-

(1) Ricord. Clinique iconographique, 1851.

(2) Mauriac. Affections syphilitiques précoces des centres nerveux, 1879.

(3) Luys. Maladies mentales, 1881, p. 257.

(4) Voisin. Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1883.

(5) Parant. Syphilis et folie. *Ann. méd. psych.*, 1888.

(6) Sollier. *Manuel de médecine mentale*.

(8) Mairet. Aliénation mentale syphilitique. *Th.*, Montpellier, 1893.

(8) Magnan. Des délires systématisés dans les diverses psychoses. *Arch. de neurologie*, vol. XXVIII, oct. 1894.

(9) Hagelstein. De la folie parasypilitique. *Th.*, Nancy, 1894.

philis s'attestent par sa fréquence au cours de cette affection, son invasion concomitante des manifestations spécifiques, par l'absence fréquente de toute autre cause, enfin, parce que la syphilis aide à cette pathogénie par sa nature même : c'est, en effet, une maladie « infectieuse, dépressive, anémiant, exerçant sur le moral une réaction parfois des plus intenses », et de plus « particulièrement disposée à porter ses atteintes sur le système nerveux ».

Tous ces auteurs ont noté l'action déprimante de la syphilis, l'hypocondrie, les accès de manie manifestes surtout par les exagérations dans le traitement et dans l'observance de l'hygiène, les faillites de l'intelligence, de la volonté et de la mentalité, la démence même, et surtout, la perpétration d'erreurs qui ont fait de ce mal l'objet d'une terreur dont souffre le monde civilisé, jusque, parfois même, dans les individus qui sont indemnes de l'atteinte spécifique.

*
* *

Neurasthénie secondaire. — Ces troubles, qui peuvent être tellement précoces que certains auteurs ont songé à les mettre sur le compte de la fièvre d'infection, consistent surtout en une asthénie générale avec périodes transitoires d'excitation, s'accompagnant de vertiges, de douleurs névralgiques, d'éclancements douloureux, et surtout de céphalée et d'insomnie. Puis, outre les troubles de la sensibilité (analgésies plutôt qu'hyperesthésies partielles), on note encore des troubles digestifs liés à l'asthénie

gastrique ou intestinale, des modifications du rythme cardiaque (arythmie) et de la pression artérielle (mollesse, dépressibilité du pouls), de l'asthénie musculaire, des bourdonnements d'oreille, et des troubles de la vue (éblouissements, taches, mouches volantes).

Que le point de départ de toutes ces anomalies soit spécifique ou psychique, il n'en est pas moins vrai que ces troubles en entraînent d'autres, que leur réunion constitue un tout de caractère essentiellement déprimant et qu'on ne tarde pas à assister à des phénomènes graves de dénutrition. Les malades amaigris, anémiés, rompus par leur courbature musculaire et leur insomnie, deviennent incapables de toute pensée suivie et de tout effort, et, conscients de leur mal, s'acheminent vers une véritable déchéance.

Il faut ajouter à tout cela la pensée constante de la syphilis, la façon dont elle est envisagée par ces êtres tombés dans le plus noir pessimisme, hantés par cette idée que l'avenir est à jamais compromis et, ce qui est vrai à ce moment, qu'ils sont contagieux, que le mariage leur est défendu et, s'ils sont mariés, que leurs enfants mourront en naissant ou seront voués aux suites les plus funestes. Toute érosion banale, toute douleur, toute anomalie fonctionnelle est d'origine syphilitique...

Beaucoup d'entre eux se gorgent de mercure et d'iodure, et ajoutent ainsi, à la cause spécifique, un élément toxique qui n'est pas sans influence sur le cerveau, ainsi que nous le verrons. Les accidents buccaux, toxidermiques, gastro-intestinaux, rénaux, sont, par ignorance, mis sur le compte de la vérole et augmentent la dénutrition et l'hypochondrie. Chez d'autres malades, à la *syphilophobie* peut,

au contraire, s'adjoindre, comme vésanie connexe, la crainte des médicaments antisypilitiques, en particulier celle du mercure, au sujet duquel règnent encore tant de préjugés. Le médecin est alors désarmé, puisque, ainsi que nous le verrons, le traitement mercuriel guérit la neurasthénie sypilitique; l'avenir mental de ces prédisposés est donc de plus en plus compromis par la neurasthénie constituée ou la paralysie générale ultérieures.

Ce tableau symptomatique ne se déroule guère qu'en vertu des prédispositions, acquises ou héréditaires, d'un éréthisme antérieur des centres nerveux tout préparé à la germination des idées hypocondriaques.

*
* *

Hystéro-neurasthénie. — D'autres fois, à ces symptômes neurasthéniques s'en joignent d'*hystériques*. La syphilis devient une amorce d'hystéro-neurasthénie, et cela, parce qu'au point de vue mental, l'hystérie est caractérisée par la sensibilité, l'impressionnabilité des centres psychiques, auquel il ne faut pas manquer d'ajouter ni le prétexte incessant de l'auto-suggestion, ni le névro-traumatisme qu'a constitué l'invasion de la syphilis. Dans ce cas, aux troubles organiques que nous avons énumérés plus haut, il convient de joindre des troubles un peu différents des précédents. C'est ainsi qu'à l'insomnie habituelle des neurasthéniques se joignent les rêves et les cauchemars des hystériques, et qu'à la dépression habituelle s'associera une impressionnabilité particulière. Du côté de

la vue, c'est le champ visuel qui est diminué, phénomène pouvant s'accompagner de spasme oculaire. L'ouïe, le goût, l'odorat sont amoindris ; les zones d'anesthésie sont plus franches : il peut y avoir hémianesthésie totale. Enfin, au point de vue mental, si des inquiétudes bien nettes dominent d'abord la pensée, bientôt elles perdent leur fixité, on constate un manque absolu d'équilibre de l'être psychique, ou bien des idées fixes sub-conscientes : somme toute, on abandonne peu à peu la neurasthénie primitive (causale peut-être), pour entrer dans la grande névrose, dans son délire et ses symptômes caractéristiques.

*
* *

Neurasthénie parasymphilitique. — La neurasthénie peut apparaître plus tard, à la sixième et même à la dixième année qui suivent le chancre. Il reste à se demander alors quelle part revient à la syphilis dans sa production. Pour le professeur Fournier, elle « n'a pas besoin d'une escorte d'accidents syphilitiques pour que son origine spécifique puisse être légitimement affirmée » ; dans ce cas, elle doit traduire encore la déchéance organique due à la syphilis, mais il est également possible d'incriminer la syphilis à un autre point de vue plus psychique.

L'apparition de cette neurasthénie coïncide, en effet, avec la période des grands accidents nerveux. Bien des malades n'en sont plus à ignorer le moment de l'échéance tertiaire, ni celui où un syphilitique devient tabétique ou paralytique général. Que ces malades soient des prédisposés, *qu'ils*

aient déjà fait de la neurasthénie secondaire, qu'ils aient lu, souvent en l'interprétant fort mal, ce qui a trait à la syphilis, *qu'ils soient médecins surtout*, et une nouvelle forme de neurasthénie se constitue.

Ce n'est plus leur peau ou leurs muqueuses que ces malades surveillent, ce sont leurs réflexes, leur stabilité, leurs pupilles. La céphalée la plus banale est mise sur le compte d'une gomme encéphalique, les troubles gastro-intestinaux ne sont rien moins qu'une forme de crises viscérales du tabes, la lenteur et la difficulté des mictions sont l'indice des troubles vésicaux les plus graves, la polyurie nerveuse, souvent très marquée, leur fait songer à la néphrite : pour ces malades, l'asthénie génitale (diminution des désirs sexuels, éjaculation prématurée) est une preuve d'impuissance. Si l'on voit parfois la neurasthénie secondaire prendre des formes maniaques ou mélancoliques, le fréquence de ces caractères d'accentuation est beaucoup plus fréquente ici. M. Marchand (1) a noté la forme maniaque 7 fois sur 23 : 8 fois la forme mélancolique, et a vu 3 fois celle-ci s'accompagner de stupeur. Il a également noté chez des neurasthéniques de cette provenance du délire hallucinatoire, et rappelle que Oëlbecke a signalé chez eux des cas de folie systématique.

Le tout s'exagère par la dénutrition générale et souvent aussi par l'anémie due aux excès de mercure, car les premiers scrupules ont trait à l'insuffisance du traitement et les excès médicamenteux recommencent.

(1) Marchand. *Loc. cit.*

CHAPITRE IV

Diagnostic différentiel de la paralysie générale à la période prodromique.

Nous nous sommes arrêté, dans la description de la paralysie générale, à la fin de la période de début, qui peut surtout prêter à confusion avec les troubles mentaux d'origine syphilitique.

Signes communs avec les affections qui peuvent la simuler. — Examinons tout d'abord les symptômes communs aux deux variétés d'affections.

Pour différencier certains d'entre eux, il faut souvent apporter à des *examens prolongés une perspicacité toute spéciale*, et c'est ainsi qu'on ne trouve guère, entre la diminution des facultés psychiques, de la volonté et de l'affectivité des paralytiques généraux au début et des neurasthéniques, que certaines nuances dans l'unité, la stabilité et la vraisemblance. Tandis que le neurasthénique s'observe avec méthode, se plaint avec une logique parfaite, insiste et discute raisonnablement, peut-on dire, le paralytique général au début expose ses troubles puérile-

ment, sans ordre, sans mémoire des faits antérieurs, avec une disproportion évidente entre la valeur du symptôme et la façon dont il en parle.

L'humeur du neurasthénique est égale, mais elle est uniformément triste ; si le paralytique, foncièrement bon avant de tomber malade, change à ce point de vue, c'est de façon brusque, passagère, sans raison apparente, alors que le neurasthénique garde bien souvent un égoïsme que rien ne touche.

Tandis que le neurasthénique devient de plus en plus sceptique et timoré, n'a-t-on pas vu la déchéance paralytique précédée d'une période d'excitation morbide où la plupart des fonctions manifestent une puissance et une suractivité insolites ; « des malades, à cette époque, montrent des aptitudes imprévues des ressources d'imagination et d'esprit dont on ne les aurait jamais cru capables... mais tout cela n'est qu'un éclair... » (Ball), et rien ne peut empêcher la marche progressive vers la déchéance générale.

Mais l'ébauche de ces grands projets, la hardiesse de certaines conceptions et même la production d'œuvres dépassant de beaucoup ce qu'on pouvait attendre antérieurement des malades, tout cela surgit par intermittence ; au lendemain d'un travail acharné, le paralytique redevient un paresseux ou un dilettante, et l'accablement ou l'indifférence succèdent au plus noble enthousiasme.

Si l'on envisage la diminution des forces physiques, commune aux deux affections, on en trouve le début plus lointain chez le paralytique général, et chez lui, les forces sont trahies par l'affaiblissement de la musculature ; le

neurasthénique, au contraire, est dominé d'abord par l'aboulie qui s'oppose à l'exécution des mouvements, la faiblesse musculaire vraie est consécutive.

Le sommeil est troublé dans les deux cas, mais différemment aussi. L'on sait les grands caractères du sommeil des neurasthéniques ; après le repas du soir, ils sont pris d'une grande lassitude, gagnent leur lit et s'y endorment aussitôt d'un lourd sommeil. Trois ou quatre heures après ils s'éveillent pour subir ce que la maladie a de plus pénible ; l'insomnie dure souvent jusqu'à l'aube, avec de l'agitation générale, des inquiétudes dans les membres, des élancements douloureux, de la pollakiurie et un énervement croissant, jusqu'à ce que le sommeil recommence enfin, troublé alors par des rêves ou des cauchemars et presque au moment où les malades doivent se lever. Les troubles du sommeil n'ont pas cette fixité chez les futurs paralytiques généraux : l'insomnie peut se produire irrégulièrement, elle peut être un phénomène momentanément pénible, mais il semble que les malades n'en gardent pas le souvenir. Ils ne font pas de leur nuit le tableau tristement classique qu'ont coutume d'esquisser les neurasthéniques à la visite matinale du médecin, et tel paralytique général nous disait avec insouciance : « J'ai toujours fait de la nuit le jour, cela ne me change pas ! » D'autres affirment toujours qu'ils ont bien dormi : oubli de l'insomnie, euphorie ? On ne sait.

Il en est de même des phénomènes douloureux, semblables dans leurs manifestations, que nous avons vu interprétés avec crainte et pessimisme chez les neurasthéniques alors que les paralytiques généraux n'en gardent le

plus souvent qu'un faible souvenir, et qu'en tout cas, ils ne vont jamais, comme les premiers, jusqu'à rattacher soit au tabes, soit à une autre complication de leur syphilis. Toutefois, la *céphalalgie* si caractéristique des neurasthéniques est assez souvent remplacée par des douleurs moins continues, lancinantes, prenant souvent une forme hémicranienne. Quand on interroge les paralytiques sur leur sensibilité, ils parlent d'engourdissements, de picotements, d'anesthésies ou d'hyperesthésie, phénomènes limités généralement à une extrémité, parfois étendus à une moitié du corps et rappelant, dans certains cas, par leur envahissement progressif les symptômes de l'aura épileptique. Des troubles visuels (scotomes scintillants, taches sombres) avec douleur dans la région sus orbitaire et dans le globe oculaire lui-même, peuvent être accusés, ainsi que des troubles gustatifs, olfactifs et auditifs. Mais les malades n'en font aucun cas, n'en parlent presque jamais d'eux-mêmes : ils ne sont connus que d'après le résultat d'interrogatoires très habilement et très patiemment conduits.

Quant au tremblement, il est, dans les deux affections, menu, vibratoire, à petites oscillations. Cependant sa tendance à la généralisation est plus marquée dans la neurasthénie, il affecte plutôt la langue et les lèvres des paralytiques généraux, leur communiquant ces petits spasmes fibrillaires capables de déterminer de légers troubles dans l'articulation des mots. Mais la même localisation et les mêmes troubles peuvent se constater chez les neurasthéniques, et à la période que nous étudions rien n'est moins caractéristique que la *dysarthrie*. Il faut ajouter toutefois

que leur tremblement n'est pas permanent, qu'il est souvent émotif, s'apaise dès que la cause de l'émotion a disparu, enfin qu'on ne constate jamais chez eux la « projection saccadée de la langue » ni « le sautilllement des muscles péri-buccaux ».

Il existe dès troubles de l'appétit chez les uns et les autres, mais les paralytiques présentent plutôt des bizarreries, de l'irrégularité de cette fonction, tandis que les neurasthéniques ont de l'anorexie véritable.

M. Séglas a pu signaler à la période prodromique de la paralysie générale, le *tic aërophagique*, fait qui vient appuyer l'opinion du professeur Brissaud qui, au sujet des spasmodiques, faisant preuve d'un état mental défectueux, conseille de se méfier de quelque chose de beaucoup plus redoutable que le phénomène en soi, car celui-ci appartient quelquefois à la période prodromique de la paralysie générale.

Malheureusement, un tel signe ne peut être caractéristique, rencontré qu'il est chez des malades assez nombreux : chez les *hystériques* (Pitres, Pierre Janet), les *obsédés* (Séglas), les hypocondriaques (Séglas, Pitres), enfin chez certains persécutés (Séglas).

Rien de semblable non plus dans les troubles génitaux : le neurasthénique est continent de par sa disposition naturelle à la tristesse, par la crainte de s'affaiblir davantage, de « surmener sa moelle », etc. ; le futur paralytique est plutôt impuissant, et si ses violents et brusques désirs lui permettent des excès passagers, il reste, dans l'intervalle, d'une frigidité irraisonnée. Somme toute, l'impuis-

sance du neurasthénique est psychique ; celle du paralytique général est organique.

La difficulté des mictions et de la défécation liée, chez le neurasthénique, à l'asthénie musculaire des réservoirs, présente une assez remarquable constance, les mêmes troubles, chez le paralytique général, subissent ordinairement les variations les plus opposées, et se voient, d'ailleurs, assez rarement à la période que nous étudions.

Différences que présente la paralysie générale avec les mêmes affections. — Quant aux différences, elles existent pour les *phénomènes psychiques* comme pour les *symptômes somatiques*.

Phénomènes psychiques. — Tout d'abord, le sens moral des neurasthéniques n'est pas altéré : ils ne commettent jamais ni les larcins ni les exhibitions qui signalent les autres malades à l'attention. Leur volonté n'existe pour ainsi dire plus, de sorte que la lecture, la conversation et, à plus forte raison, la décision, deviennent impossibles, alors que chez les paralytiques généraux la décision est extrêmement prompte, trop le plus souvent, puisqu'elle pousse ces malades à accomplir tous les actes quels qu'ils soient. Les neurasthéniques deviennent extrêmement sensibles et émotifs, tandis que les brusques accès de colère des paralytiques ne sont ni raisonnés ni durables. Les premiers ne perdent jamais, au contraire, le souvenir des accès d'humeur dus à leur irritabilité et les modifications qu'ils apportent à leur caractère s'ajoutent à la tristesse déjà existante. La méfiance qu'ils éprouvent leur paraît toujours justifiée.

Et, puisqu'il s'agit beaucoup ici de mémoire, nous

dirons qu'elle est troublée dans les deux cas, mais pas de la même façon. Les souvenirs perdus par les neurasthéniques sont tout de détail : ils oublient les chiffres, les dates, les petits faits, mais l'ensemble de la mémoire est intact ; les paralytiques généraux, au contraire, gardent des faits de minime importance, oubliant, par contre, les grands événements qui les touchent de près, fait à rapprocher de l'incohérence générale que présentent leurs fonctions intellectuelles.

Mais ce qui établit surtout la différence entre les deux affections, c'est, d'une part, l'optimisme, ou tout au moins l'insouciance de la majorité des futurs paralytiques, même en présence de symptômes inquiétants et, d'autre part, le pessimisme des neurasthéniques. Nous avons vu comment ceux-ci interprétaient certains de leurs troubles, comment ils s'alarmaient de leur céphalée, de ce qu'ils appellent leur « amnésie », de leurs douleurs, de leurs troubles organiques et fonctionnels, alors que les autres malades n'en tiennent aucun compte. Jamais un neurasthénique ne perd de vue sa spécificité : il lui attribue tout, alors que bien peu de syphilitiques ont dû se sentir envahis par la paralysie générale. Somme toute, s'il fallait résumer d'un mot les deux mentalités, on dirait : *La neurasthénie entraîne des modifications profondes dans la pensée du malade : la paralysie générale fait continuer en un rêve heureux la vie antérieure et l'exagère en tout vers le mieux.*

Evolution. — Mêmes différences quand on envisage aussi l'évolution des deux affections. Le neurasthénique a des périodes d'accalmie : il suffit d'une belle journée,

d'une nuit moins mauvaise, d'un calmant médicamenteux ou physique tel que l'exercice modéré, l'hydrothérapie, un bon repas bien digéré, pour le faire revivre, oublier momentanément ses souffrances et le porter à lutter. Le raisonnement, les nécessités de l'existence peuvent l'inciter à surmonter son *asthénie*.

Si, après l'amélioration que nous signalions chez les neurasthéniques, ceux-ci se laissent aller à nouveau, si la réapparition d'un symptôme momentanément oublié fait revenir la désespérance, c'est avec un redoublement de tristesse dont la plupart se plaignent sans cesse, ou à la suite duquel d'autres gardent un impénétrable mutisme, et il semble que le désespoir des malades soit d'autant plus grand que leur intellect a été plus développé antérieurement.

L'angoisse, qui ne traduit jamais autre chose que la peur, peut, dans ces cas, être aussi caractérisée que dans la mélancolie vraie : il en est de même de la stupeur.

Si de tels symptômes existent dans la paralysie générale, ils font déjà partie de sa phase inconsciente ; le moral des malades n'en est pas autrement changé, tandis que leur disparition amène, chez le neurasthénique, un état de bien-être consécutif, et de bienfaisante détente.

Passé des malades. — Si certaines différences s'observent dans l'évolution, il en est d'autres qui concernent le *passé* des malades. Il existe bien, pour la paralysie générale, une série de causes *prédisposantes* (nous les avons signalées dans la pathogénie de l'affection), mais nous ne pensons pas qu'on puisse signaler de véritables

causes *occasionnelles*. Un syphilitique devient paralytique général plutôt qu'un autre en raison des conditions de son existence antérieure, mais c'est toujours d'une façon lente et progressive.

Le professeur Raymond a insisté, dans de récentes communications à l'Académie de Médecine, sur le rôle de l'hérédité dans la genèse de la paralysie générale ; il a montré qu'elle « survenait d'habitude sur des terrains préparés par une *moindre résistance* du cortex cérébral ». Pour le professeur Joffroy, « le paralytique général vient au monde avec un mauvais axe cérébro-spinal » ; Nocke est du même avis, puisqu'il range les paralytiques généraux parmi les dégénérés ; c'est également l'idée que le professeur Tanzi, de Florence, défend dans son *Traité des maladies mentales*.

A vrai dire, les neurasthéniques présentent souvent les mêmes tares, mais on retrouve de plus en eux l'*épine causale*. Chez nos malades, c'est l'idée de syphilis qui domine toutes les causes occasionnelles, qui est le facteur le plus puissant de l'épuisement nerveux. En venant se greffer, à la manière d'une émotion vive, d'un deuil, d'une déception, d'une mauvaise affaire, sur le terrain héréditairement préparé ou antérieurement déprimé, elle va retentir d'abord sur les centres cérébraux, puis sur le système nerveux tout entier. A l'encontre de ce qui se passe dans la neurasthénie banale au cours de laquelle s'effacent l'idée pénible et le trouble émotionnel qu'elle comporte, la crainte des accidents syphilitiques, créatrice de l'état morbide va persister. Elle restera concomitante de ce qu'elle crée, de la dépression cérébrale, de la dyspepsie atonique.

de l'insomnie, de l'asthénie neuro-musculaire, et grâce à tous ces troubles, grâce à la dénutrition générale qui est leur conséquence, elle germera davantage, elle progressera encore.

Alors, des formes plus graves se constitueront : l'agitation intérieure prolongée outre mesure, l'appréhension constante de ces individus extrêmement déprimés se traduiront d'abord par des crises d'*anxiété*, qui deviendront, avec le temps, une prédisposition permanente, et la *mélancolie* sera constituée. Dans ce cas, la douleur morale, tout en prenant corps davantage, fera perdre de vue au malade le point de départ causal, et plus rien ne différenciera cet état des autres lypémanies.

Ce qu'il faut également bien savoir, c'est que plus d'une paralysie générale a débuté par des phénomènes neurasthéniques (Ballet) (1). Ces formes sont caractérisées par une période prodromique très longue, au cours de laquelle on constate du nervosisme, de l'irritabilité insolite en même temps que la préoccupation dominante de la santé, de la céphalée, mais au lieu de l'insomnie des neurasthéniques, *de la somnolence très fréquente*.

Outre cette différence, qui est capitale, l'évolution n'est pas la même : il se produit d'un moment à l'autre des modifications brusques : parfois « le paralytique oublie tout à coup ses douleurs, et cela, sous l'influence d'un incident, d'une conversation qui l'intéresse ». Enfin, une observa-

(1) G. Ballet. Clin. de l'hôpital St Antoine. Période prodromique à forme neurasthénique de la paralysie générale. *Sem. méd.*, 22 nov. 1893.

tion attentive et patiente pourra faire saisir des nuances suffisant à démarquer les deux variétés d'affections.

* * *

Nous venons de voir que la période de début de la paralysie générale différait, par certains signes, de l'envahissement neurasthénique, que *l'examen clinique reste, au point de vue du diagnostic différentiel d'une extrême importance*, puisque les symptômes de neurasthénie, « quand on les analyse à fond au lieu de les regarder en surface, sont, à tout prendre, très différents de ceux de la paralysie générale ».

Or, nous n'avons rien dit encore ni de l'examen des réflexes, ni de l'état des pupilles, ni du liquide céphalo-rachidien.

Examen des réflexes. — Dans cinquante observations inédites, dont nous pourrions donner le détail, et qui portent sur 36 cas de paralysie générale au début chez des syphilitiques, et 14 de troubles mentaux survenus de cinq à douze ans après le chancre, voici les résultats que nous avons obtenus chez les 36 premiers malades :

12 d'entre eux présentaient de *l'inégalité* des réflexes patellaires et achilléens : ces réflexes, très exagérés d'un seul côté, droit ou gauche, n'étaient que très peu diminués de l'autre côté. Cette inégalité n'existait pas aux membres supérieurs, où *l'exagération était notable des deux côtés* ; il en était de même du réflexe massétéрин.

12 présentaient des réflexes uniformément exagérés.

Il en était de même de 3 autres, chez qui se constatait de plus de la trépidation épileptoïde.

Enfin, 7 avaient à peu près perdu complètement leurs réflexes.

Le même examen, pratiqué chez les 14 autres malades, ne montra d'abord pas une seule fois l'inégalité des réflexes d'un côté par rapport à l'autre, non plus que des troubles du réflexe massétérein. Nous avons constaté 8 fois des réflexes normaux (patellaire, achilléen, membre supérieur), 4 fois de l'exagération et 2 fois de la diminution.

On voit donc que dans plus des quatre cinquièmes des cas de paralysies générales *au début*, nous avons trouvé de l'inégalité et surtout de l'exagération des réflexes, ce qui concorde pleinement avec des observations similaires, entre autres, de Gilles de la Tourette, Joffroy, Renaud, Briand, Autheume et Trénel.

En effet, M. Renaud a pu relever l'exagération des réflexes dans 482 cas à leur début.

Pour M. Briand, voici comment se répartit l'altération des réflexes :

Réflexe rotulien : altéré, 84 fois sur 100 ; exagéré, 60, aboli, 24 ;

Réflexe des membres supérieurs : altéré, 82 fois sur 100 ; exagéré, 60 ; aboli, 22 ;

Réflexe cutané plantaire : altéré, 65 fois sur 100 ; exagéré, 30 ; aboli, 35 ;

(1) 24 de ces malades, dûment suivis, sont tombés dans la démence paralytique, les autres n'ont pu être retrouvés.

Réflexe pharyngien : aboli, 55 fois sur 100.

C'est le seul fait qu'il nous soit possible de retenir, puisque chez les autres malades la diversité des constatations faites sur un trop petit nombre de cas ne peut faire conclure à rien de précis. Et cela, d'autant plus que l'exagération des réflexes comme phénomène isolé, au cours de syphilis aussi ancienne que les nôtres, a été signalée par M. Widal (1), et après lui, par M. Belètre, un de ses élèves.

D'autre part, Mantoux, dans sa thèse sur « la syphilis nerveuse latente », cite le cas d'un malade, syphilitique depuis cinq ans, présentant de l'abolition absolue et bilatérale du réflexe achilléen, avec affaiblissement très marqué des réflexes patellaires, de plus le signe de Romberg positif, mais « sans aucun autre symptôme d'affection nerveuse ».

De sorte que les troubles réflexes constatés chez nos 14 derniers malades ne sont vraisemblablement que la conséquence de l'action de la syphilis plutôt qu'un signe de l'atteinte du système nerveux.

Examen oculaire. — Nous avons pratiqué l'examen oculaire des mêmes malades, recherchant l'état des réflexes pupillaires, l'irrégularité de la circonférence pupillaire, enfin l'inégalité des deux pupilles.

Or, là encore, les réponses ne sont à peu près précises que pour la première catégorie de malades : les futurs paralytiques généraux.

(1) Widal. *Bull. de la Soc. médicale des hôpitaux*, séance du 14 février 1902.

Voici comment se comportaient les 36 malades :

Inégalité pupillaire :

Simple.....	7 cas
Avec déformation bilatérale.....	5 —
Avec déformation unilatérale { du côté dilaté	4 —
{ du côté diminué..	2 —
Irrégularité pupillaire :	
Bilatérale.....	5 cas
Unilatérale.....	1 —
Myosis double.....	7 —
Pupilles normales à réflexes normaux.....	5 —

Enfin, parmi ces mêmes malades, 4 présentaient nettement le signe d'Argyll-Robertson.

Leur syphilis datait de 12, 10, 9 et 8 ans :

Inégalité pupillaire :

L'un, syphilitique depuis 10 ans, présentait en même temps de la diminution des réflexes patellaires, de l'inégalité pupillaire simple, et le *signe de Romberg*. Deux autres (syphilitiques depuis 12 ans et 9 ans) présentaient de l'inégalité des réflexes patellaires et achilléens : le premier, de l'inégalité pupillaire simple ; l'autre, de l'inégalité avec déformation unilatérale du côté dilaté. Le quatrième (syphilis datant de 8 ans) : réflexes exagérés, myosis.

Parmi nos 14 malades de la seconde catégorie, 3 avaient de l'inégalité pupillaire ; 4, de la *paresse de l'accommodation à la lumière*, 2 du myosis.

Les autres étaient normaux, *aucun n'avait d'irrégularité de la pupille, ni de signe d'Argyll*.

Ces résultats concordent avec les constatations de la majorité des auteurs.

MM. Joffroy et Schrameck (1) ont constaté que la déformation pupillaire se rencontre à peu près constamment et *uniquement* dans les cas où la motilité de l'iris est ou va être atteinte. Pour eux, elle précède toujours l'affaiblissement de l'un ou des deux réflexes pupillaires, ainsi que le signe d'Argyll, et ces auteurs pensent que toute déformation pupillaire — en l'absence d'anomalie congénitale ou de synéchies iriennes — peut, alors que les réflexes pupillaires sont encore intacts, être considérée comme un signe probable de tabes ou de paralysie générale, et que sa valeur séméiologique est la même que celle du signe d'Argyll-Robertson dont elle marque le début.

M. Babinski (2) a également observé quelques malades chez lesquels l'immobilité pupillaire avait été précédée, pendant quelque temps, par de l'irrégularité du contour des pupilles.

M. H. Dufour (3) attribue la même valeur à ce symptôme ; il permet de déceler l'évolution d'affections parasypilitiques, à l'encontre de l'inégalité pupillaire qui, observée à l'état isolé, est souvent indépendante de la syphilis ou des maladies nerveuses (4). Aux noms de

(1) Joffroy et Schrameck. Société de neurologie, mars 1900.

(2) Babinski. Même séance.

(3) Soc. méd. des hôpitaux, 13 juin 1902.

(4) Nous rappellerons à ce sujet que Piltz a mentionné la possibilité de produire expérimentalement l'alternance réciproque de l'inégalité des pupilles dans la paralysie générale. *Neurolog. Centralbl.*, XIX, 1901 (cité par F. Terrien, in *Syphilis de l'œil et de ses annexes*, 1905.)

MM. Joffroy et Schrameck, Babinski, Dufour, nous pouvons ajouter ceux de Briand, Antheaume, Trénel, qui revendiquent la valeur de l'irrégularité pupillaire. Enfin, Hirschl a signalé la disparition fréquente de la *mydriase de douleur*.

Quant aux troubles présentés par les autres malades, ils seraient, encore une fois, plutôt en rapport avec la syphilis elle-même. « Chez les neurasthéniques, les pupilles sont souvent un peu dilatées de façon permanente, elles réagissent lentement à la lumière et à l'accommodation, ce qui produit l'asthénopie accommodative ; par contre, elles restent toujours égales, à moins d'anomalie physiologique ou pathologique. » (Gilles de la Tourette.)

Charpentier, Déchy, Dufour ont signalé des troubles des réflexes pupillaires chez d'anciens syphilitiques : ces troubles se rencontrent même dans l'hérédo-syphilis. Mantoux, dans sa thèse, rapporte plusieurs observations personnelles d'affaiblissement ou d'abolition isolée des réflexes accommodateur ou photomoteur, constatés à divers stades de la syphilis. Pour MM. Dupuy-Dutemps et Cestans, « la vivacité des réflexes pupillaires est variable suivant le tempérament névropathique et selon l'âge des sujets, et il convient d'être très réservé dans l'interprétation d'une simple diminution de ces réflexes. »

Quant à l'inégalité pupillaire simple, sans troubles réflexes, on l'a trouvée assez fréquemment même chez les sujets normaux :

Heddaeus : 5,8 p. 100 ; Ivanoff : 91 p. 100 ; Bosc : 15 p. 100 ; Reche (de Breslau) : 2 p. 100 ; Naxera : 17,6 p. 100 ; Frenkel (H.) : 22,8 p. 100 ; Georget, Par-

chappe, Baillarger lui refusent toute valeur pathognomonique. Chez les syphilitiques, M. Dufour a trouvé les pupilles inégales environ 16 fois sur 100.

En raison de l'écart présenté par quelques-uns des premiers chiffres, il est difficile de se faire une opinion à ce sujet ; il ne semble pas cependant que les cas d'*anisocorie* soient plus fréquents chez les syphilitiques. Alexander (1) l'aurait cependant trouvée dans 70 p. 100 des cas, et d'autant plus souvent que la syphilis était plus ancienne.

Mantoux signale une « inégalité pupillaire liée à des troubles légers et précoces », que nous n'avons retrouvés chez aucun de nos malades, sans doute pour cette raison bien simple que les cas rapportés par notre collègue dans son excellente thèse ne visent que des syphilis récentes.

Les examens du fond de l'œil que nous avons pu pratiquer ont porté sur 22 malades de la première catégorie et sur 7 de la seconde.

Parmi les 22 premiers, 15 présentaient une pupille normale ; sur 3 autres, nous avons nettement constaté la dilatation des artères rétinienne qui étaient aussi plus sinueuses qu'à l'état normal et bordées d'un liseré blanchâtre, indice de péri-artérite. Enfin, chez les 4 autres, nous avons aisément retrouvé *dans les deux yeux*, un symptôme signalé par MM. Kéraval et G. Raviart (1), soit une pâleur dépolie, *floue* de la pupille, qui était *comme lavée*, et montrait des bords indécis. (Parmi ces 4 malades, l'un avait du myosis double, de l'exagération des réflexes

(1) Alexander. *Syphilis und auge*, 1889-1895.

(1) Kéraval et Raviart. Etat du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions initiales. Soc. de neurol., juillet 1902.

et de la lymphocytose, 2 avaient de l'inégalité pupillaire avec déformation bilatérale ; un seul, examiné au point de vue de la lymphocytose, en présentait ; le dernier avait une déformation pupillaire du côté dilaté, de la diminution des réflexes, le signe de Romberg, son liquide céphalo-rachidien n'a pu être examiné.

Parmi les 7 malades de la seconde catégorie, nous n'avons pas retrouvé une seule fois le signe de Kéraval et Raviart ; 2 seulement présentaient de l'hyperémie rétienne avec péri-vascularite, ce qui n'a rien d'étonnant, étant donnée la syphilis antérieure.



Examen du liquide céphalo-rachidien. — L'on sait, depuis les travaux de MM. Achard, Crouzon, Dupré, Milian, Ravaut, Sicard, Widal, entre autres, que le résultat du cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans la paralysie générale se juge constamment par une *lymphocytose abondante* (80 à 90 lymphocytes sur 100 globules blancs) ; que, d'après les recherches de Joffroy, Marie, Duflos, cette lymphocytose est *très précoce*. Voici qu'elle est, à l'égard de ce symptôme, l'opinion exprimée par MM. Milian, Crouzon et Paris, à la séance de la Société médicale des hôpitaux, du 14 février 1902. Ayant constaté de la lymphocytose céphalo-rachidienne et de l'hydropisie ventriculaire chez des syphilitiques atteints de céphalée accentuée, ils rattachèrent avec raison ce nouveau syndrome à une atteinte

méningée, et conseillèrent de surveiller l'avenir de ces malades, candidats vraisemblables au tabes ou à la paralysie générale.

Pour notre part, nous n'avons pu pratiquer l'examen cytologique que chez 14 de nos paralytiques au début, et *la lymphocytose s'est montrée constante.*

Quatre étaient parmi les 7 qui présentaient de l'inégalité pupillaire simple ; 4 parmi ceux qui avaient cette inégalité compliquée de déformation. Sur les 7 qui présentaient du myosis, 5 ont pu se prêter à l'examen cytologique qui fut positif ; le dernier examen fut pratiqué chez un des malades qui ne présentait aucun trouble.

Il faut bien savoir toutefois, que la lymphocytose rachidienne est extrêmement fréquente dans les cas de syphilis simple, qu'elle appartient à toutes les périodes de la maladie, mais qu'elle est infiniment plus rare chez les syphilitiques tertiaires. M. Belètre dit à ce sujet : « Dans la syphilis tertiaire, une lymphocytose coïncide en général avec une lésion profonde du système nerveux, et une lymphocytose, même légère, doit mettre le médecin en garde. » Or, nos malades font tous partie de cette catégorie, de sorte que l'examen positif garde toute sa valeur et montre nettement l'indice d'une atteinte nerveuse. D'autant plus que la lymphocytose n'a jamais été signalée comme un symptôme marquant dans les neurasthénies tardives des syphilitiques et que nous ne l'avons personnellement pas retrouvé *une seule fois* en la recherchant chez 6 des 14 malades de la seconde catégorie qu'il nous a été donné d'examiner à ce point de vue.

Et nous ne saurions mieux faire, pour conclure, que

rapporter ces lignes que M. Ravaut a publiées dernièrement (1) : « Chez un syphilitique, toute réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien, *isolée ou accompagnée d'autres manifestations syphilitiques*, est l'indice d'une atteinte nerveuse (à la condition que cette réaction soit uniquement imputable à la syphilis). La réaction rachidienne doit être considérée chez les syphilitiques comme un symptôme aussi caractéristique qu'une lésion cutanée ou viscérale et comporte les mêmes indications thérapeutiques. »

*
* *

Il nous reste donc deux signes certains et fixes à ajouter aux quasi-certitudes que nous avait fournies l'examen clinique. C'est d'une part la lymphocytose céphalo-rachidienne, et d'autre part le signe d'Argyll-Robertson. L'exagération des réflexes rotulien, achilléen et plantaire, beaucoup plus marquée dans la période prodromique de la paralysie générale vient ensuite, mais avec une constance déjà moindre, puisque, suivant M. Babinski : « A l'état normal, il y a, comme on le sait, de grandes différences individuelles dans l'intensité des réflexes tendineux, qui,

(1) Ravaut. Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période tertiaire. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* Bull. de déc. 1904.

faibles chez certains sujets, sont tellement forts chez d'autres, qu'ils peuvent sembler anormaux, exagérés. Il n'y a même pas de critérium absolument certain permettant de séparer à ce point de vue la physiologie de la pathologie. »

Quant à l'inégalité pupillaire, elle ne saurait entrer en ligne de compte ; nous préférierions, au même point de vue, invoquer le myosis, bien que nos constatations ne portent que sur un trop petit nombre d'observations.

L'examen clinique, psychique surtout, pourrait-on dire, garde donc une très grande valeur pour différencier les deux affections, et plus celles-ci évolueront, plus leur durée sera longue, plus leur démarcation deviendra facile.

Tandis qu'on voit les neurasthéniques s'améliorer foncièrement à la suite de traitements appropriés : traitement spécifique dirigé contre les neurasthénies précoces, et destiné à annihiler l'effet perturbateur des toxines, traitement tonique des neurasthénies tardives, dont nous reparlerons. On voit alors disparaître les signes psychiques et organiques, revenir les forces et la confiance ; au contraire, les paralytiques généraux ne présentent que des rémissions trompeuses, semblent gagner d'un côté ce qu'ils perdent de l'autre et entrent dans la période d'état, soit brusquement, par un ictus dont la signification ne laisse plus de doute, soit d'une façon lente et *progressive*.

Mais, avant de passer à cette période d'état, et de l'opposer à des affections qui, toujours chez des sujets dûment syphilitiques, peuvent la simuler, il nous faut parler d'un cas extrêmement délicat, à savoir la *neurasthénie prodrome de la paralysie générale, des accidents parasymphilitiques et nerveux en général*.

Neurasthénie prodromique des accidents nerveux. — Le professeur Fournier a particulièrement étudié cette neurasthénie prodrome des grands accidents nerveux d'origine syphilitique.

Bien des signes dont nous avons parlé se retrouvent dans cette période indécise : céphalée, vertiges, pertes de mémoire, aboulie, bourdonnements d'oreilles, tremblement, hallucinations même, le tout dominé par une morosité habituelle, des préoccupations hypocondriaques, et parfois par l'idée de suicide.

On comprend, en présence de ces signes, comment peut flotter le diagnostic : « Ces symptômes d'épuisement nerveux ont de trompeuses analogies avec ceux qu'on observe dans les premières périodes de certaines affections organiques du système nerveux. La *cérébrasthénie* donne parfois l'image du début de la paralysie générale, de la syphilis cérébrale, de la tumeur encéphalique, etc. » (Bouveret) (1).

En ce qui concerne la paralysie générale, tous les signes distinctifs que nous avons signalés gardent, dans l'immense majorité des cas, une très grande valeur. Il faut, toutefois, faire abstraction des *formes hypocondriaques* du début et considérer alors beaucoup moins l'enchevêtrement des signes cliniques que les symptômes fournis par l'examen des pupilles, du fond de l'œil et du liquide céphalo-rachidien. Il faut surtout savoir attendre, surveiller son malade, et si c'est un paralytique général, le diagnostic ne

(1) Bouveret. *De la neurasthénie.*

tardera pas à s'éclairer par une de ces bizarreries brusques, qui semblerait, en toute autre circonstance, ne présenter aucun intérêt, et qui devient alors un fait capital. Le docteur Rolland (de Divonne) nous signalait que chez l'un de ces malades douteux il avait cessé d'hésiter en apprenant que celui-ci venait de faire la commande globale de de 40.000 cartes de visite ! C'est dans des cas semblables que l'examen quotidien et minutieux révèle aussi l'intégrité ou l'atteinte de l'intelligence, que celle-ci, trouvée par les neurasthéniques si lésée et si réduite, n'est ici, somme toute, que difficilement mise en œuvre, mais qu'au fond, le malade reste sensé et correct. Au contraire, ce même examen fait saisir des nuances parfois très fines chez le paralytique général dont l'hypocondrie n'est nullement en rapport avec l'obsession d'une maladie et à travers la tristesse duquel percent néanmoins des interprétations *euphoriques* indubitables et qui se généralisent peu à peu.

Il a dû être rapporté peu de cas de paralysie générale survenant chez des syphilitiques antérieurement neurasthéniques, aussi publions-nous *celui-ci*, qui nous a paru fort instructif, et éclaire assez vivement le champ des **limites psychiques** qu'il convient d'assigner aux deux affections.

OBSERVATION (personnelle.)

M. X..., 34 ans.

Père très sain d'esprit.

Mère très arthritique, légèrement *maniaque* et *phobique*, s'instruit facilement, puis, à partir de 25 ans, ne fait plus rien,

s'ennuie et devient peu à peu neurasthénique : manie légère de la persécution, agoraphobie, aboulie, insomnie, céphalée en casque, troubles gastro-intestinaux...

Contracte la syphilis à 26 ans.

Se soigne pendant quatre ans avec des pilules (4 périodes de 6 semaines pendant la première année, 2 périodes de 5 semaines pendant les trois autres années), prend de l'iodure à certains moments. Syphilis extrêmement bénigne.

Entre temps, les manifestations neurasthéniques persistent, augmentées encore par la syphilis, d'abord au début, puis trois ans après, à l'occasion d'un mariage que le malade n'ose contracter.

Il se « voit seul, délaissé de tous, à jamais en dehors de la vie », etc., et malgré nos exhortations, fait fi d'un traitement intensif que nous voulions lui proposer à ce moment.

Un peu plus de cinq ans après son chancre, des tendances nouvelles se montrent : notre malade est pris d'un beau zèle pour le travail, obtient un emploi et s'y surmène considérablement. D'une situation de fortune déjà enviable, il consacre ce qu'il gagne à certains achats, devient très recherché dans sa mise. Nous l'avions perdu de vue pendant quelques mois, lorsque sa mère nous confie qu'il vient de faire la commande de meubles très coûteux et d'une très forte automobile.

Quand nous revoyons le malade, nous sommes frappé du grand changement qui s'est opéré en lui. Avec une loquacité ininterrompue, il raconte la fin de ses misères : plus de maux de tête, plus d'insomnie, plus de « noir »... Sa syphilis est oubliée elle aussi, l'avenir s'annonce brillamment, puisque « le courage et la santé lui sont revenus », etc.

On devine le reste : quelques mois après, l'internement fut nécessité par une bordée d'injures publiquement adressées à un homme politique d'un parti opposé à celui de notre sujet.

CHAPITRE V

Valeur du diagnostic précoce au point de vue légal.

Quand nous parlerons du *traitement*, nous verrons de quelle importance peut être la précision d'un diagnostic à cette période encore douteuse. Parfois, cette précision est également nécessaire quand on envisage le point de vue judiciaire.

D'ailleurs, les deux points de vue ne sont pas étrangers l'un à l'autre, puisqu'il s'agit souvent de se prononcer ou non pour l'internement.

Nous ne rappellerons pas le fait des nombreuses *erreurs judiciaires* à propos des délits commis dans la période prodromique (insultes, vols, outrages aux mœurs, violences, etc.). A la suite de ces jugements, des malades ont subi les mêmes peines que les prévenus de droit commun, jusqu'à ce que des manifestations morbides plus nettes aient occasionné le transfert de la prison à l'asile.

Nous rappellerons l'importance que présente une telle question au sujet des expertises civiles ou criminelles, de la précision de leurs conclusions, et de leur durée.

Il faut, en effet, « en matière d'examen mental, indiquer si l'acte ou les actes ont ou non un caractère *pathologique*,

faire connaître la valeur séméiologique des phénomènes constatés, établir un diagnostic ou un pronostic, enfin montrer les conséquences médico-légales qui découlent de cette discussion soit au point de vue de la *responsabilité*, soit au point de vue de la *capacité*, suivant qu'il s'agit d'une affaire criminelle, ou au contraire d'une affaire civile ». (G. Ballet).

En prenant l'exemple de la période prodromique de la paralysie générale, on voit aisément pourquoi le rapport civil peut, dans certains cas, être si difficile à établir.

L'on n'a, en effet, qu'à se reporter à la multiplicité des signes communs en apparence, aux nuances infimes qui les séparent, et à la nécessité qu'il y a souvent de temporiser pour se prononcer nettement.

Les mêmes difficultés subsistent lorsqu'il s'agit pour un médecin de se prononcer au moment d'un contrat d'*assurance sur la vie*.

Tout se simplifie ordinairement au fur et à mesure que la maladie évolue ; encore faut-il se rappeler qu'il existe des psychoses à formes graves qui ne sont justiciables ni de l'asile et encore moins de la maison d'arrêt, et qu'il faut se hâter de reconnaître leur véritable caractère si l'on ne veut pas exposer les malades aux conséquences des plus regrettables erreurs.

Enfin, point n'en besoin d'insister sur l'embarras dans lequel peut se trouver un médecin auquel un de ces individus si douteux vient demander son avis au sujet d'un *mariage* projeté. Là encore, il importe de savoir gagner du temps, et de ne pas se prononcer avant que la maladie ait donné des signes certains de sa gravité, ou que son

évolution plaide nettement en faveur de son absolue bénignité. Bien que la paralysie générale n'empêche pas la procréation d'enfants sains, elle constitue, comme apport au mariage, un terrible fléau.

CHAPITRE VI

Diagnostique différentiel de la paralysie générale à la période d'état.

Début brusque par ictus. — Si la période d'état de la paralysie générale débute d'une façon brusque, par un *ictus apoplectique ou épileptique*, le diagnostic causal de cet accident est d'une certaine délicatesse chez les syphilitiques.

Tout d'abord, rien n'empêche ces malades d'être des *épileptiques* et de se présenter pour la première fois à l'examen après une attaque. Si le temps d'infection syphilitique est suffisant, si l'on considère les troubles mentaux antérieurs révélés par l'interrogatoire (*irritabilité*, défiance, altération progressive de l'intelligence), on peut avoir quelque hésitation. Là encore, il faut une observation plus longue pour reconnaître la nature des troubles. En attendant, on peut se fier à l'examen des pupilles et des réflexes. Il faut savoir également, qu'au moment des ictus, la *polynéiétose* peut, dans le liquide céphalo-rachidien, remplacer la lymphocytose (1); cela est particulièrement

(1) Widal et Lemierre. Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des poussées congestives de la paralysie générale. Soc. méd. des hôpitaux, 9 juillet 1902.

important puisque, dans l'épilepsie essentielle, le liquide céphalo-rachidien ne présente pas de lymphocytose.

De plus, MM. Ceni et Besta (1), étendant sur les paralytiques généraux les recherches que l'un d'eux a récemment effectuées sur les épileptiques, ont voulu voir si le sang possède, dans la méningo-encéphalite diffuse, des propriétés à la fois toxiques et curatives, analogues à celles que présente le sérum des épileptiques. Ils ont conclu que le sérum des paralytiques, inoculé aux animaux, se comporte comme du sérum humain normal et n'entraîne pas l'apparition de toxines spécifiques, à l'inverse de ce qui se passe avec le sérum des épileptiques. Ils font observer, en outre, que chez leurs malades le degré de réaction aux injections de sérum était en raison inverse de l'altération des conditions somatiques, d'où ils déduisent l'hypothèse que les lésions de la méningo-encéphalite diffuse sont dues à un agent qui traduit essentiellement son influence en diminuant le pouvoir de réaction de l'économie à l'égard de certains principes toxiques d'origine organique, dont la nature n'est pas encore élucidée.

Enfin, ce diagnostic n'est pas dénué d'un certain intérêt, puisque MM. Charcot, Parinaud, Ballet et Blocq entre autres ont signalé au début de la paralysie générale des accès de *migraine ophthalmique*, et l'on sait les connexions étroites qui unissent ce syndrome à l'épilepsie.

A côté de l'épilepsie essentielle, il faut surtout signaler les *troubles convulsifs* occasionnés par la syphilis. Ceux-ci sont caractérisés par des attaques de petit ou de grand

(1) *Riv. Sperim. di freniatr. e di med. leg.*, XXIX, 1-2.

mal, qui peuvent se répéter pendant un temps fort long, et sur lesquelles le traitement spécifique n'a aucune action. Or, si l'absence de troubles *moteurs* différencie cette épilepsie parasyphilitique de l'épilepsie essentielle, l'absence de *troubles intellectuels* et la brusquerie de leur apparition distingue ces phénomènes convulsifs des ictus de la paralysie générale.

Le début par ictus peut surtout faire songer, chez les syphilitiques, aux *localisations cérébrales de la syphilis tertiaire*.

Or, l'observation antérieure à la condition d'avoir été très minutieuse, a pu faire constater des *prodromes* bien différents. Tandis qu'il est classique de rencontrer ceux dont nous avons parlé au sujet des futurs paralytiques généraux, on ne trouve guère, chez les autres malades, de modifications psychiques. Ou bien les prodromes n'existent pas et le malade est frappé brusquement, ou bien ces prodromes sont dominés par des *accès de céphalalgie* surtout nocturne, accompagnés de vertiges et d'insomnie (syndrome de Pritchard).

Pour cet auteur, « *les maux de tête* varient beaucoup à la fois comme localisation et comme intensité, sans que l'on puisse, le plus souvent, attribuer la moindre signification diagnostique à l'une ou l'autre de ces particularités. La céphalée exaspérante, qui détermine une excitation quasi-maniaque ou des hallucinations, doit être tenue pour suspecte, mais elle milite en faveur de l'hypothèse d'une tumeur cérébrale tout comme en faveur de la syphilis. Le seul caractère réellement frappant, et presque constant, de la céphalée spécifique, est constitué par sa

périodicité nocturne et sa persistance. Sur 160 malades, 141 avaient accusé des maux de tête plus ou moins persistants, et chez 124 d'entre eux la céphalalgie survenait, par accès, le soir et augmentait d'intensité pendant la nuit, pour cesser complètement vers le matin. *Lorsqu'elle est suivie de paralysie cérébrale, cette céphalée disparaît invariablement, tout au moins pour quelque temps, et sa réapparition doit être considérée comme d'un pronostic fâcheux et faire craindre un retour offensif du mal.*

« Le vertige n'a d'importance que dans les cas où il est associé à la céphalée. Habituellement, c'est un vertige « de position », aggravé par tout mouvement brusque, comme l'acte de se lever ou de s'arrêter pendant la marche. Il peut aussi être provoqué ou aggravé par une excitation, ainsi que par l'exposition à une chaleur excessive. En général, il ne s'accompagne ni de bourdonnement d'oreilles, ni de surdité, ni de nausée; parfois, il peut aboutir à une perte momentanée de connaissance.

« Le sommeil subit presque toujours des troubles plus ou moins profonds pendant la période de développement de la syphilis cérébrale. D'une façon générale, on peut dire que plus le patient est jeune, plus grande est la tendance à l'insomnie, et que plus il est vieux, plus marquée est la somnolence morbide : au-dessous de cinquante ans, l'apparition de l'insomnie est une règle qui ne souffre que fort peu d'exceptions ; au-delà de cinquante ans, c'est la somnolence qui est habituelle. L'insomnie est habituellement associée à des troubles moteurs ou sensitifs, qu'elle précède parfois ; quant à la somnolence, elle présagerait quelque trouble mental imminent, notamment la démence.

Comme la céphalée, l'insomnie disparaît après l'attaque de paralysie, et sa réapparition a la même signification fâcheuse que le retour des maux de tête. »

Nous n'avons rien relevé de semblable, ni surtout d'aussi précis dans l'étude de la période prodromique des paralytiques, qui sont frappés après avoir présenté plutôt des troubles *psychiques*.

Quant à la vraie céphalée et aux névralgies céphaliques, elles sont plus rares dans la paralysie générale, à moins que celle-ci ne soit compliquée de tabes (Patrick).

Après l'ictus, sans suites fréquentes chez les paralytiques, alors qu'il est suivi dans la syphilis cérébrale de tant de complications (symptômes en foyer, hémiplegie, troubles trophiques locaux, tels que ; névrite optique avec phénomènes inflammatoires très accusés ; phénomènes spasmodiques avec contracture, exagération des réflexes, trépidation spinale, *amarthrie*, troubles digestifs, respiratoires et cardiaques de la syphilis bulbo-protubérantielle), la *mentalité* se modifie dans les deux cas. Chez les syphilitiques cérébraux, on constate surtout de la dépression intellectuelle avec diminution de la mémoire et engourdissement de toutes les facultés psychiques. Quelquefois, à cette hébétude, s'ajoute une sorte de *délire* calme, non systématisé, portant sur tous les détails de la vie et conduisant à une incohérence des paroles et des actes, mais toujours sur un fond dominant d'ineptie ou d'incapacité. Il y a souvent, sinon des idées fixes, du moins des sujets de prédilection auxquels le malade revient comme par une sorte d'obsession.

On a également observé des troubles psychiques plus

systématisés, affectant la forme de *mélancolie* ou d'*hypochondrie*.

D'autre part, à côté de ces formes lentes et dépressives, on peut rencontrer, en même temps alors qu'une invasion plus rapide, des troubles caractérisés par de l'excitation, de l'exaltation et du délire. Ils se rapprochent par bien des côtés de la période d'état de la paralysie générale, que nous allons maintenant étudier.

Les troubles à la période d'état. — Cette période est constituée par l'exagération des signes prodromiques et l'adjonction de symptômes nouveaux : elle forme, à vrai dire, avec ses signes *somatiques* et *psychiques*, un ensemble beaucoup plus pathognomonique que la période d'invasion, et sur lequel nous ne saurions trop nous étendre ici. Contentons-nous de signaler : l'*embarras de la parole*, le *tremblement* auquel sont liés en partie les *troubles de l'écriture*, l'*affaiblissement musculaire* et les *troubles oculo-pupillaires*, tous signes bien connus.

Il faut y adjoindre des *troubles de la sensibilité*, à propos desquels nous ne saurions mieux faire que rapporter les conclusions d'une étude très documentée qu'a récemment publiée Giachetti (1) sur ce sujet. Voici les résultats auxquels il est arrivé :

1^o De tous les muscles de sensibilité (tactile, thermique, stéréognostique, douloureuse), la seule qui se soit presque

(1) G. Giachetti. Contribution à l'étude de la sensibilité dans la paralysie générale progressive. *Rivista di patologia nervosa e mentale*, décembre 1905, vol. X, fasc. 12, p. 550-563.

oujours montrée altérée (20 fois sur 23 cas) est la sensibilité à la douleur :

2° Cette sensibilité à la douleur est diminuée le plus souvent (15 fois sur 20), parfois jusqu'à l'abolition complète. Son augmentation est plus rare (5 sur 20) et coïncide avec un état d'énervement et d'excitation générale des patients ;

3° La sensibilité tacite subit une légère diminution qui n'est pas en rapport avec celle de la sensibilité à la douleur. Le sens stéréognostique est rarement troublé, la sensibilité thermique plus rarement encore ;

4° Les altérations semblent plus fréquentes et plus intenses dans les périodes avancées de la maladie, sans préjuger de la question des symptômes précoces auxquels ne s'appliquent pas les présentes recherches ;

5° Les sensibilités olfactive, gustative et auditive sont très rarement altérées. Quant à la vue, dans 9 cas examinés, le champ visuel présenta un rétrécissement plus ou moins notable pour le blanc et pour les couleurs ;

6° Le sens musculaire est généralement respecté. Le sens de l'équilibre est presque toujours un peu troublé, comme l'ont noté la plupart des observateurs. La marche est fréquemment trébuchante, quoique l'ataxie, quand elle existe, soit légère ;

7° Fréquemment il existe des douleurs rhumatismales, surtout articulaires ; mais les paresthésies sont rares.

Signalons encore les *troubles réflexes* et ceux des *fonctions organiques*, enfin et surtout, des *troubles de l'intelligence et du moral*.

Ces troubles, qui sont d'ordre *déméntiel* et *délirant*, con-

lipuent l'affaiblissement psychique esquissé au temps des prodromes. La *mémoire*, simplement paresseuse jusque-là, se supprime progressivement, non seulement pour les faits généraux, mais pour tout ce qui concerne le malade lui-même. L'*attention* en souffre, ainsi que le *jugement*. Le caractère, l'affectivité s'altèrent de plus en plus. Le sens moral se perd également, et c'est à cette période qu'appartiennent les actes délictueux, toujours en opposition avec la conduite antérieure des malades, et qui ont valu à cette période la dénomination de *période médico-légale* (Legrand du Saulle).

Plusieurs choses dominent cet état ; c'est, outre la multiplicité, la mobilité, l'incohérence, l'absurdité, la contradiction des caractères (Falret), ce fait que le malade « devient un tout autre personnage sans s'en apercevoir » (Schüle), et « surtout sans s'en émouvoir » (Dupré). L'état de conscience persiste, le malade se rend compte de la déchéance de ses facultés, mais il ne s'en préoccupe pas. Aussi entre-t-il sans s'en apercevoir dans le délire qui va devenir constant. L'on sait tous les caractères du délire *expansif*, l'exaltation de ces êtres qui se croient au summum de toutes choses et le disent avec une bizarrerie et une richesse d'expressions si typiques.

A côté de cette première forme en existe une autre, différente, *dépressive* et comprenant : l'*hypocondrie*, à laquelle se rattachent les idées de *persécution* et de *négation*, la *manie*, la *mélancolie*, enfin, le *délire hallucinatoire*, tous phénomènes suffisamment caractéristiques pour constituer un ensemble qu'on a dénommé la *folie paralytique* (Bail-
larger).

En même temps s'accroît la débilité physique : les tremblements sont remplacés par de véritables spasmes, gênant la marche, empêchant la continuation de toute profession manuelle et troublant surtout l'écriture, entraînant le désordre et l'imperfection des signes graphiques.

La parole subit aussi de profondes modifications (dyslogies, dysphasies, dysarthries, phénomènes dus en partie à la « glosso-atoxie » (Gallépain).

Aux troubles pupillaires que nous avons signalés succèdent, d'une façon constante, le *signe d'Argyll-Robertson*, et plus tard, l'*ophtalmoplégie interne* totale.

Les *réflexes* s'abolissent ; on trouve des zones de plus en plus étendues d'*hypoesthésie* ou d'*anesthésie*.

Les sensibilités spéciales s'affaiblissent : l'anosmie, l'agueuse, l'hypoacousie s'observent habituellement.

L'amaigrissement général débute par des *amyotrophies*, mais il n'est pas rare de constater de la lipomatose plus ou moins diffuse.

Les sécrétions peuvent subir de grandes variations : elles sont, en général, augmentées dans les formes expansives, et diminuées dans les formes dépressives. M. Marandon de Montyel a spécialement étudié ces *hypersécrétions multiples*. M. Rouillard a noté la *glycosurie*, et M. Chéron, la *peptanurie*.

De même, dans les formes expansives, l'appétit, très exagéré, peut se traduire par une véritable glotonnerie ; dans les autres, au contraire, l'anorexie et parfois la sitrophobie dominent, compliquées d'état saburral, de fétidité de l'haleine et de constipation. L'*impuissance* est absolue malgré l'érotisme et le priapisme si fréquents.

Enfin, la dénutrition amène des modifications profondes de l'état général, la *fonte paralytique* a lieu et, liée qu'elle est aux troubles démentiels progressifs, elle entraîne la cachexie, le gâtisme, et, avec l'impotence des membres inférieurs, le confinement au lit. La *mort* survient habituellement trois ans après le début des premiers symptômes.

En général, dès qu'on est entré dans la période d'état de la paralysie, le diagnostic s'impose aisément chez un syphilitique, d'autant plus que l'association des signes somatiques aux troubles psychiques constituera toujours l'argument majeur du diagnostic.

Ici encore, nous ne considérerons que les troubles psychiques.

Neurasthénie. — La *neurasthénie*, que nous avons pu, avec tant de raison, opposer à la période prodromique, doit maintenant beaucoup moins rester en parallèle, surtout si elle ne va pas jusqu'aux formes intenses et vraiment redoutables qu'elle prend parfois.

Ce qui nous a tout d'abord frappé, dans l'évolution progressive de la paralysie générale, c'est l'apathie des malades. Les neurasthéniques *changent* eux aussi, quand leur affection s'aggrave, mais ils en ont nettement conscience et c'est même-là la raison de leur tristesse. Ils perdent de plus en plus confiance en eux-mêmes, et se voient à jamais perdus.

Quand il s'agit de formes mélancoliques chez les paralytiques généraux, leur évolution est dominée par la mobilité et l'incohérence que nous avons signalées. Il est rare

dans ces cas qu'un paralytique se suicide ; au contraire, le neurasthénique arrivé à ce degré accuse dans ses préoccupations une remarquable constance, et beaucoup se sont suicidés en déclarant ne pouvoir survivre « aux inquiétudes qui leur rongent le cœur, et aux malheurs de tout genre qui vont fondre sur eux » (A. Fournier).

Toutes leurs obsessions sont parfaitement conscientes. On a relevé chez eux l'*agoraphie*, la *claustrophobie*, les *topoalgies* (Blocq), que les malades assimilent aux douleurs fulgurantes, des *obsessions dentaires* (Galippe), et une foule d'*algies psychiques* (Huchard).

Dans tous ces symptômes, absolument inconnus dans la paralysie générale, dont ils s'éloignent en raison du *fond différent de la mentalité des malades*, on retrouve avec une origine émotionnelle, l'irrésistibilité de l'idée parfaitement consciente cependant. Et si le sentiment de malaise qui accompagne ces sortes d'accès peut aller jusqu'à l'*angoisse*, dès qu'ils sont terminés, que le raisonnement ou la persuasion ont pris le dessus, les malades éprouvent un bien-être des plus agréables et se rendent compte de l'inanité de leurs craintes.

Or, au grand jamais, l'analyse la plus fine n'a pu faire constater de semblables choses chez les paralytiques généraux.

Formes mélancolique et maniaque de la neurasthénie. — Cependant, comme il n'y a parfois qu'une question de degré entre la mélancolie et certaines formes graves de neurasthénie, celle-ci peut encore se rapprocher de la paralysie générale. C'est d'autant plus possible,

qu'actuellement la *mélancolie*, comme la *manie*, dites *essentiell*es, ne sont plus considérées comme des entités morbides, et que, par ces mots, on désigne certains états syndromiques pouvant toujours être rattachés à la *neurasthénie grave*, aux folies toxi-infectieuses, à la *paralysie générale*, à la *démence précoce*, etc.

Or, dans ces cas, la neurasthénie se distingue davantage encore de la paralysie générale, même si celle-ci présente les allures les plus mélancoliques.

Ici il ne saurait, en effet, exister de véritable douleur morale : les troubles respiratoires ne sont pas en rapport avec les préoccupations ; les idées hypocondriaques exprimées n'ont aucun rapport avec les troubles éprouvés, puisqu'il s'agit de choses absurdes ou démontrées telles par les faits et gestes du malade lui-même ; somme toute, si les signes somatiques concomitants, si l'examen clinique complet n'étaient pas là pour mettre sur la voie du diagnostic, on trouverait encore aux deux affections une allure psychique suffisamment différenciée pour ne pas les confondre l'une avec l'autre.

Quant aux *états maniaques* des paralytiques généraux, ils se traduisent par une excitation générale à laquelle appartiennent les formes les plus caractéristiques du *délire des grandeurs*, et surtout la tendance aux actes absurdes et délictueux, le tout dominé par une mobilité et une incohérence sur lesquelles on peut toujours insister quand il s'agit de différencier certaines formes de la paralysie générale d'états similaires.

Au contraire, les accès maniaques des neurasthéniques se produisent toujours sous la même influence ; les ins-

tincts et les sentiments de ces malades, tout en étant profondément troublés, ne sont pas perversis comme chez les paralytiques généraux. Le raisonnement, la causerie avec le médecin réussit pour un temps à les convaincre, on sait avec quelle difficulté toutefois.

Et à ce dernier point de vue, rien n'est plus instructif que de rapprocher les formes mélancoliques, hypocondriaques et maniaques de la paralysie générale de formes superposables observées chez les neurasthéniques. Bien entendu, nous ne faisons pas allusion aux périodes avancées de la paralysie générale, puisque toute faculté de logique et même de réflexion a disparu, mais au moment où une conversation suivie est encore possible. Quand un paralytique général ébauche ses idées de négation de personnalité ou d'organes, par exemple, et qu'on veut le convaincre de leur absurdité, le résultat paraît être obtenu aux premières paroles, et le malade est le premier à rire de pensées qu'il exprimera cependant avec la même véhémence et la même constance quelques heures ou quelques jours après. Que sont les idées hypocondriaques de paralytiques généraux prétendant qu'ils n'ont plus d'organes, plus de sang, que leur tube digestif est obstrué, qu'ils sont des « morts-vivants » en putréfaction... que sont leurs *hallucinations* visuelles, gustatives, psychomotrices, leurs obsessions, leurs phobies, tout ce chaos d'incohérences, à côté par exemple de la redoutable *syphilophobie* de nos malades arrivés à une période avancée de leurs troubles mentaux?

Cette phobie constitue tout un raisonnement tenace et constant à tous les points de vue, capable par là même de

« compliquer la scène morbide et d'en exagérer le pronostic ; cela, en raison même de l'anxiété morale permanente qu'une telle vésanie inflige au patient et de la réaction dépressive qu'elle ne manque guère d'exercer sur l'économie » (A. Fournier).

Ce n'est donc pas autant de la neurasthénie à formes mélancolique ou maniaque que de la manie ou de la mélancolie dites essentielles que la paralysie générale se rapproche le plus.

Il nous a été donné d'observer un cas de mélancolie vraie qui s'en rapprochait par certains côtés ; voici, en effet, le résumé de l'observation :

OBSERVATION (personnelle).

M. X..., 52 ans.

Parents arthritiques.

Ne présente aucune affection à signaler dans sa jeunesse, vie sédentaire, sans exercice, sans vacances.

Surmenage général jusqu'à ce moment.

A 28 ans, *contracte la syphilis*, qu'il soigne rigoureusement, par des pilules et de l'iodure de potassium ; pas d'accidents.

Se marie à 33 ans, ne contamine pas sa femme, qui n'a pas de fausses-couches. Trois enfants naissent, parfaitement sains et encore bien portants à l'heure actuelle.

Le surmenage continue (travail, vie intensive), le malade prend une maîtresse dont il devient éperdument amoureux, mais qui, deux ans après, le quitte brusquement pour se marier. Le malade a alors 53 ans ; sa syphilis date de 22 ans.

La mélancolie l'envahit : insomnie, anorexie, aboulie, crises

de désespoir, idées de suicide, déchéance générale, amnésie, anxiété, troubles vésicaux...

La syphilis à laquelle notre sujet ne pensait plus depuis des années revient le hanter. Il est persuadé qu'il commence un tabes ou des accidents cérébraux, et se fait faire une série de huit injections de calomel à une semaine d'intervalle.

Quand nous voyons le malade pour la première fois, nous sommes frappé de sa déchéance, nous avons la confiance de certains actes accomplis de façon assez bizarre, la syphilis antérieure, les modifications du caractère (égotisme), et le trouble général aidant, nous songerions volontiers à la paralysie générale.

Mais un examen un peu long nous permet d'éloigner cette idée. Les réflexes et l'état des pupilles ne sont pas modifiés, la lymphocytose n'existe pas... enfin, un traitement général tonique fit tout rentrer dans l'ordre progressivement, et nous avons eu la sensation absolue d'assister à l'évolution d'une maladie aiguë guérissant bien.

La syphilis n'était pour rien dans l'étiologie de cette mélancolie : elle est revenue s'ajouter à titre de cause morale *occasionnelle*.

Elle existait néanmoins dans le passé du malade, mais il nous a été donné d'observer un cas à peu près analogue où l'idée de syphilis naquit d'elle-même, *sans que cette maladie ait jamais existé*, et l'on eut bien du mal à empêcher le malade de se gorger de mercure et d'iodure.

Hystérie. — Nous avons vu précédemment de quelle façon la syphilis pouvait *réveiller l'hystérie*, et constituer, chez certains individus, tout ensemble de symptômes *physiques* dont les principaux sont les hémianesthésies sensitives et sensorielles, et des paralysies diverses (mo-

noplégies, hémip légies, paraplégies, etc.). Chez les mêmes malades, se crée en même temps un *état mental particulier* caractérisé par des modifications du caractère et de l'état moral, par une mobilité d'impressions toute particulière, par des bizarreries, des alternatives de gaité et de dépression, des emportements, des colères, un certain degré d'apathie intellectuelle, et surtout une « suggestibilité singulière » sur laquelle nous n'avons pas à insister.

A un degré plus avancé, les malades deviennent des agités, des excités, incapables d'exercer leur profession, « d'un état d'esprit extrêmement inégal, bizarres de tenue, de propos et d'action...

Ils sont pris parfois de véritables crises d'obnubilation mentale, au cours desquelles ils ne savent plus ce qu'ils font, ne sont plus maîtres d'eux, ne se rendent qu'un compte très imparfait de ce qu'ils disent, de ce qui se passe sous leurs yeux, etc. » (A. Fournier).

On voit donc, par l'exposé de ces symptômes, que l'hystérie et la paralysie générale se rapprochent par plus d'un côté. Il n'est pas jusqu'aux troubles de la parole et au tremblement qui ne peuvent être communs aux deux affections (Ballet et Blocq). M. Guillaïn a signalé chez les hystériques un *bégaiement* dont la constatation peut encore égarer le diagnostic.

Il faut donc toujours, en présence de ces cas complexes, recourir à l'examen des organes et se fier aux signes physiques qui, eux, sont différents. Aux troubles réflexes et pupillaires, à la lymphocytose céphalo-rachidienne doivent être opposés les stigmates de la névrose, le rétrécissement du champ visuel, les troubles sensitifs, sensoriels et mo-

teurs; enfin, à un point de vue plus psychique, il n'est pas superflu de dire que les hystériques sentent venir leurs crises, qu'ils en ont nettement conscience, et gardent à ce moment la notion d'un changement de leur personnalité.

Parfois, « *l'hystérie peut s'associer à la paralysie générale* : ces cas résultent de l'apparition d'accidents hystériques chez des paralytiques généraux confirmés ou du développement de la paralysie chez des hystériques. Dans le premier cas, on observerait, d'après Régis (1), une heureuse modification dans les allures et la forme de la paralysie générale, « dont l'évolution devient rémittente et la durée plus longue. » (E. Dupré).

C'est ainsi qu'on a pu rapporter à l'hystérie certains ictus du début de la paralysie générale.

Enfin, des cas de simulation hystérique de cette affection ont été signalés (Drouet).

*
* *

Nous ne pouvons insister sur ce fait que la paralysie générale peut ressembler dans plusieurs de ses formes à des psychoses, qui, parfaitement indépendantes de la syphilis acquise, se rencontrent cependant chez des syphilitiques avérés. Ce serait passer en revue toute la pathologie mentale. Nous ne saurions davantage nous étendre sur les différences qu'il y aurait à signaler entre la para-

(1) Régis. Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie. *Gaz. méd. de Paris*, 1882.

lysie générale vraie, et les pseudo-paralysies générales toxi-infectieuses survenant également chez les syphilitiques.

Nous avons hâte d'arriver à un parallèle beaucoup plus rationnel, eu égard au sujet que nous traitons, entre des *conséquences absolument directes de la syphilis acquise*; nous voulons parler de la paralysie générale vraie, d'une part, et d'autre part de la *pseudo-paralysie générale syphilitique*.

Pseudo-paralysie générale syphilitique. — Ici comme lors de l'étude de la neurasthénie, nous ne devons signaler les troubles concomitants de la période secondaire mis suivant les auteurs sur le compte de l'intoxication, de la fièvre, de l'anémie, que pour montrer de quelle façon ils sont capables de préparer des troubles plus tardifs.

Le professeur Fournier a spécialement étudié ceux-ci sous le nom de *forme mentale de la syphilis cérébrale*.

Ce qui domine alors est, dans la *forme dépressive* de Fournier, un état de dépression mélancolique, avec torpeur, hébétude, incohérence des idées et désordre des actes. L'humeur est instable, le moral affaibli, les sentiments affectifs éteints. Les sujets deviennent *enfants*, indifférents à l'égard de leurs proches, quand ils ne les prennent pas en aversion. Ils perdent la notion des conventions sociales, et « à un degré plus avancé, ils refusent de s'alimenter, ou bien ils commettent des actes bizarres, indéliés ou immoraux, qui contrastent avec leurs habitudes antécédentes et les exposent à des poursuites judiciaires. » (Raymond)

Il faut encore signaler « l'amnésie plus ou moins marquée et parfois élective dans ses lacunes, le trouble profond de l'association des idées et du jugement, le changement rapide du caractère, l'altération de la personnalité, qui indiquent la diminution progressive manifeste de l'intelligence et témoignent de la nature démentielle du processus encéphalopathique » (E. Dupré).

Dans la *forme expansive*, ce qui frappe, c'est un état maniaque avec excitation automatique, incohérente et actes violents. En même temps, peuvent exister des phénomènes d'anémie, de la céphalée persistante, et même de la paralysie dans la sphère des nerfs craniens, se traduisant par du *ptosis* ou du *strabisme*.

Or, à l'encontre de ce qui existe dans la paralysie générale vraie, quelle que soit l'une de ces deux formes, une torpeur caractéristique se joint à l'état vésanique, imprimant aux malades un cachet d'hébétude caractéristique. « Souvent même, le trouble psychique se borne à peu près à cette obtusion caractérisée par une espèce de stupidité extérieure avec perte apparente des idées, des souvenirs et des sentiments, et qui mériterait, par son importance et sa fréquence, de constituer une troisième forme de syphilis mentale sous le nom de forme *pseudo-démence* ou torpide » (E. Régis).

Il ne faut pas oublier que ce que l'on a décrit ainsi sous le nom de *folie syphilitique*, n'est pas autre chose qu'un ensemble de troubles psychiques qui n'est que la conséquence de l'envahissement de l'encéphale par des accidents tertiaires, entre autres : les noyaux gommeux parenchymateux, corticaux ou centraux, la méningite gom-

meuse (infiltration diffuse), les lésions vasculaires (endarterite des fines artérioles, avec foyers plus ou moins étendus, ou même *microscopiques* de ramollissement). « Cette démençe est donc facile à dépister lorsqu'elle est consécutive aux diverses formes d'encéphalopathie syphilitique, puisque des symptômes de grande valeur permettent d'y songer... Au contraire, si elle apparaît d'emblée, il peut y avoir une difficulté considérable à diagnostiquer sa nature » (E. Hirtz).

Aussi, à l'encontre de ce qui a lieu dans la paralysie générale, n'est-il pas rare de constater ici, plutôt des signes somatiques plus marqués que les signes psychiques. De plus, d'après le professeur Fournier, cette affection se distingue de la paralysie générale vraie par l'absence de divagations ambitieuses, la rareté du tremblement, la fréquence plus grande des troubles moteurs d'origine paralytique. D'autre part, tandis que dans la maladie de Bayle, les troubles intellectuels se montrent les premiers, ici la scène débute plus souvent par un ictus apoplectique ou une paralysie soudaine.

L'hémiplégie consécutive aux ictus ne s'observe pas dans la paralysie générale, mais dans ce cas, une *aphasie* (1) transitoire peut s'installer. Outre qu'elle ne dure pas, qu'elle ne constitue pas l'anarthrie habituelle, elle diffère de l'aphasie par lésion syphilitique tertiaire, en ce sens qu'elle n'est pas accompagnée des symptômes bruyants de l'ictus spécifique (grands vertiges, état nau-

(1) Joffroy. Aphasie dans la paralysie générale. Soc. méd. des hôpitaux, 17 oct. 1902.

séieux, céphalées violentes, et *fièvre* même parfois). Enfin la pseudo-paralysie générale n'a pas d'évolution définie, sa marche est irrégulière, sa durée illimitée, puis, point capital, *elle a pu guérir dans certains cas*.

L'examen des yeux révèle des signes différents :

En opposition aux troubles si fréquemment rencontrés chez les paralytiques généraux, on retrouve ici tout ce qui, en tant que lésion en foyer, est susceptible d'altérer l'organe de la vision. Nous devons signaler entre autres : les paralysies des muscles du globe, le nystagmus, le strabisme (Patrick), la névrite optique plutôt que l'atrophie papillaire.

Nous ne revenons pas sur la céphalée. Les bâillements, le ptyalisme, la polydipsie (Buttersack), s'expliquent dans la syphilis cérébrale par une atteinte minime des noyaux du pneumogastrique. En faveur de la syphilis tertiaire, il faut encore signaler le steppage, les troubles trophiques et sensoriels brusques, enfin, la somnolence et les états sub-comateux.

Enfin, l'évolution n'est pas la même. La paralysie générale a pour elle sa marche lentement progressive au cours de laquelle ne s'observent jamais de rémissions au véritable sens du mot. Elles consistent plutôt en une atténuation symptomatique et n'impliquent aucun arrêt dans la marche de la maladie (Ballet).

Si certains traitements toniques peuvent aider, au moins au début, à provoquer ces rémissions, ce n'est jamais le traitement spécifique qui est capable de les produire. Nous verrons, à ce sujet, dans quelle mesure sont curables les manifestations psychiques graves de la syphilis. Il n'est

pas jusqu'aux formes accentuées (folie circulaire ou à double forme, états crépusculaires, crises hallucinatoires et d'amnésie aiguë, etc.) qui, en dehors de la paralysie générale, ne puissent avoir un pronostic favorable, susceptibles qu'elles sont de céder à l'action d'un traitement spécifique et général bien conduit.

Il est plus que probable qu'à part de très rares observations, ce sont des cas de guérison de ces accidents, pris à tort pour de véritables paralysies générales, qui ont permis d'établir la possibilité de guérison de la méningo-encéphalite diffuse.

Tabes. — Il nous faut encore rapprocher la paralysie générale, manifestation parasymphilitique, d'un accident de même essence : le *tabes*.

Non seulement de très nombreux symptômes physiques sont communs aux deux affections : *incoordination motrice, paralysies oculaires, troubles pupillaires, sphinctériens, sensitifs, sensoriels, réflexes, trophiques, possibilité d'ictus, lymphocytose céphalo-rachidienne*, etc., mais dans les deux cas la *mentalité* est troublée.

Aux troubles démentiels et délirants de la paralysie générale peuvent se superposer bien des anomalies semblables chez les ataxiques.

Ceux-ci présentent également des modifications du caractère, des accès d'irritabilité, de défiance, d'hypocondrie, qui vont parfois jusqu'au suicide. L'intelligence est paresseuse : au début les malades accusent des illusions ou des hallucinations plus ou moins conscientes de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale. Tous ces phénomènes

peuvent s'accroître, constituant alors ce que Pierret et Rougier, entre autres, ont étudié sous le nom de *folie ataxique*. La lypémanie y est très accentuée et se traduit assez souvent par de vagues idées de persécution ; plus rarement le délire ambitieux a pu être constaté.

Il est aisé de voir avec quelle facilité peuvent être confondues les deux affections. Il y a même des *formes mixtes* : la paralysie générale peut débiter par la moelle et donner lieu à des symptômes médullaires qui peuvent persister isolément pendant plusieurs années avant le développement de la maladie du côté du cerveau, et qui alors disparaissent progressivement (Falret, Christian, Raymond, Joffroy, Arnaud). Mais dès que l'atteinte mentale est constituée, l'évolution est extrêmement rapide (Joffroy).

A part ces cas assez rares, les deux affections restent cependant assez bien tranchées : l'ataxie est plus lente à évoluer, ses symptômes psychiques sont passagers, à reprises séparées d'intervalles pendant lesquels le malade reste absolument sain d'esprit ; les troubles moteurs de la paralysie générale n'ont pas l'allure typique de l'ensemble ataxique ; enfin, au point de vue mental, rien n'est vraiment et foncièrement comparable aux troubles de la méningo-encéphalite diffuse.

CHAPITRE VII

Diagnostic différentiel à la période terminale.

Quand on envisage la période terminale de la paralysie générale, on ne peut lui opposer qu'un très petit nombre d'affections touchant de près l'évolution de la syphilis.

La neurasthénie la plus grave, mortelle même, n'aboutit à rien qui ressemble au *marasme paralytique*.

C'est encore dans les formes accentuées d'*encéphalopathies syphilitiques* qu'il faut chercher des points de ressemblance. A l'exagération profonde de la démence, à la perte absolue de la conscience font suite, dans les deux cas, les phénomènes qui constituent la même déchéance générale. Le gâtisme est précédé, d'un côté comme de l'autre, par l'affaiblissement de l'inhibition volontaire, et par une indifférence absolue vis-à-vis des conséquences qu'entraîne cette période terminale.

Enfin cette période n'est pas sans présenter les plus grandes analogies avec la période de « confinement au lit » des *tabétiques*. Si bien que comme tout interrogatoire est impossible, comme rien n'indique plus actuellement si tel ou tel symp-

tôme prédomine, noyé qu'il est dans le chaos indéchiffrable de tous les troubles, il ne faut plus se fier, pour porter un diagnostic, à moins d'avoir assisté à cette évolution progressive, qu'aux commémoratifs de l'entourage.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Si nous voulions d'un mot indiquer les résultats du traitement, d'une part dans la paralysie générale des syphilitiques, d'autre part dans les affections qui, chez ces mêmes malades, peuvent la simuler, nous dirions :

Le traitement préventif seul conjure la paralysie générale qui, une fois constituée, ne peut plus être enrayée; quant aux autres manifestations, elles sont curables.

C'est le développement de ces deux points qui va nous guider, et nous allons ainsi esquisser les grandes lignes de presque tout ce qui constitue le traitement de la syphilis, puisqu'il s'agit de prévenir, ou de guérir, des accidents qui sont parmi les plus redoutables, sinon parmi les plus fréquents : ceux du système nerveux.

*
* *

Traitement préventif de la paralysie générale.

— Si les syphilitiques auxquels nous avons fait allusion dans cette étude sont pour beaucoup prédisposés *hérédi-*

tairement aux affections nerveuses ou mentales, il en existe un nombre au moins aussi grand qui ont *acquis* le terrain nécessaire à l'éclosion de ces affections.

Nous n'énumérerons pas les causes adjuvantes ou occasionnelles de la paralysie générale dont maintes statistiques ont prouvé le rôle indéniable, ce sont les mêmes qu'il faut également signaler quand on cherche la genèse des autres atteintes mentales des syphilitiques.

Il faut que tous les malades les évitent soigneusement, surtout ceux que leurs prédispositions héréditaires ou leur existence antérieure permettent de considérer comme plus accessibles aux manifestations nerveuses.

Il faut tout d'abord empêcher que l'organisme suffisamment intoxiqué par la syphilis n'ajoute à celle-ci quelque autre intoxication. L'alcool et le tabac doivent être radicalement supprimés, autant à ce point de vue que dans le but d'empêcher les irritations locales qui sont les causes les plus fréquentes des accidents secondaires buccaux.

L'on a peu insisté sur une autre variété d'intoxications qui semblent moins pernicieuses, mais qui, à notre avis, n'en jouent pas moins un rôle très important : nous voulons parler des *intoxications alimentaires*. Le régime d'un syphilitique au début doit, certes, être extrêmement tonique, puisqu'il s'agit de combattre l'anémie et la dénutrition générale que ne manque pas de causer la spécificité, mais ce régime gagnerait à être beaucoup moins chargé en viande qu'on le croit généralement. Les émonctoires, les reins surtout, ont besoin d'être ménagés : il leur faut agir constamment contre la toxine syphilitique et le mer-

cure, et mieux vaut à cette période prescrire le laitage, les œufs, les farineux, que les aliments plus riches.

Puis, comme il a été maintes fois démontré que la syphilis nerveuse est *particulièrement fréquente chez ceux qui ont surmené leur cerveau*, il faut mettre les malades en garde contre les prédispositions qu'ils pourraient acquérir de ce côté, et leur recommander d'éviter le surmenage cérébral quel qu'il soit, même le travail par trop acharné. Emotions, soucis, chocs moraux, heureux ou malheureux, tourments, etc., doivent être évités. Mais ce qu'il importe surtout d'obtenir, ce sont les longues heures de bon sommeil, éviter tout ce qui peut le troubler (bruit, air confiné ou trop surchauffé, excitants (café, thé, alcool), excès de table), car pendant l'insomnie comme pendant la veille, le cerveau pense, donc travaille, et nous sommes d'avis que bien des choses que l'on a mises sur le compte du surmenage cérébral simple, comme les émotions du jeu, les plaisirs vénériens par exemple, exercent leur influence nocive plutôt à la faveur de l'insomnie. De plus, comme on ne lutte jamais si bien contre celle-ci qu'en prescrivant *le sommeil à des heures fixes*, il ne faut pas faire perdre de vue cette notion aux malades.

Enfin, la *santé générale* doit être améliorée : tonifié par le repos de la nuit, par l'alimentation suffisamment abondante et saine, le malade doit rechercher la pureté de l'air et faire fonctionner ses muscles et sa peau. L'exercice, les soins de propreté et l'*hydrothérapie* ont une place très marquée dans un traitement de cet ordre. Pour le profes-

seur Fournier (1) : « L'hydrothérapie est un agent tonique et régulateur des fonctions nerveuses. On sait du reste quelle est son importance, quel est son rôle dans le traitement des affections du système nerveux » ; il ne croit pas son influence *préventive* inférieure à son action curative, tout au contraire. Dans cette pensée, dit-il, j'ai pris l'habitude de prescrire systématiquement l'hydrothérapie à tous les sujets syphilitiques que leurs prédispositions héréditaires ou leurs tendances personnelles me permettent de considérer comme des prédestinés aux manifestations nerveuses, directes ou indirectes, de la syphilis. Et non seulement je la prescris d'emblée, c'est-à-dire au cours du traitement spécifique, mais encore et surtout je la prescris au-delà, après le traitement, et cela pour de longues années. Je la recommande même aux malades à titre de pratique habituelle, indéfinie. »

Pour terminer, le médecin a encore le rôle de *réconforter les malades*, de leur représenter la situation telle qu'elle est et non pas telle qu'ils se l'imaginent, et de leur apprendre quelle est l'importance du traitement qui fait que la syphilis peut guérir, ou tout au moins rester inoffensive, aussi bien qu'une autre maladie. Il court, en effet, au sujet de la syphilis, les bruits les plus erronés et les plus néfastes, et plus d'un malade s'est suicidé immédiatement après avoir su qu'il en était atteint.

Il en est de même des préjugés contre le mercure que tant d'individus redoutent encore et dont on doit vanter l'action et la parfaite innocuité à condition qu'il soit bien manié.

(1) A Fournier. *Traitement de la syphilis*, p. 582-583.

D'autre part il faut, en présence d'un chancre syphilitique confirmé, *mettre en œuvre le traitement mercuriel*, qui est destiné, non seulement à combattre les accidents du début, mais à préserver l'avenir.

Comme nous n'avons fait allusion qu'à des accidents plutôt tardifs, nous devons nous occuper tout d'abord du rôle que le traitement préventif joue vis-à-vis d'eux.

En ce qui concerne la paralysie générale, ce rôle est des plus importants.

La statistique déjà citée du professeur Fournier, et qui porte sur 79 cas, montre que chez ces 79 malades, la syphilis avait été traitée *sérieusement*.

4 fois pendant 3 ou 4 ans.		
12	—	2 ans environ.
3	—	un an et demi.
16	—	un an seulement.
43	—	moins d'un an ou d'une façon insignifiante.

Parmi les 36 paralytiques généraux auxquels nous avons personnellement fait allusion, un seul avait suivi un traitement pilulaire de 4 ans, et n'avait plus rien pris (mariage au bout de ces 4 ans; deux enfants sains, pas de fausse-couche; début de la paralysie générale 13 ans après le chancre).

2 avaient suivi un traitement pendant 3 ans.

11	—	—	—	1 an environ.
----	---	---	---	---------------

Enfin, 22 n'avaient rien pris, ou s'étaient contentés d'absorber de temps en temps quelques pilules.

Nous ne savons pas exactement ce que veut dire le professeur Fournier, quand il rapporte que ses quatre premiers malades ont suivi un traitement *vraiment sérieux*; ce traitement a duré quatre ans, mais cette durée suffit-elle à constituer une intervention digne de ce nom.

Le contrôle d'un traitement suffisant n'est pas toujours facile : en dehors de la mercurialisation intra-musculaire, où l'on peut doser exactement les quantités de mercure confiées à l'organisme, il est difficile d'apprécier mathématiquement la qualité d'un traitement préventif.

Nous sommes certain, pour notre part, que nos trente-six malades n'ont pris du mercure que sous forme *pilulaire*; voyons comment se sont traités les quatorze autres malades dont nous avons parlé.

Tout d'abord, il en est trois que nous avons particulièrement suivis :

Le premier, atteint de syphilis au printemps de 1898, a fait, au début, deux cures de sels solubles : 25 injections quotidiennes de 2 centigrammes de *bi-iodure de mercure*; trois semaines de repos; 25 nouvelles injections.

Le traitement fut continué par l'*huile grise* : 3 séries de 6 piqûres hebdomadaires s'échelonnent, séparées par des intervalles de repos de plus en plus longs et terminent la première année de traitement.

3 mêmes séries sont reprises pendant la seconde année ;

3 séries de 5 piqûres pendant la troisième ;

2 séries de 5 piqûres pendant la quatrième et la cinquième.

Enfin, depuis le printemps de 1903, le malade a eu tous les ans 5 injections d'huile grise.

Le second malade, contaminé en 1899, a pris au début quelques pilules : trois fois six semaines — a fait de temps à

autre quelques frictions, et à partir du dix huitième mois de l'infection, où nous l'avons connu, a été traité par deux séries de 25 injections de *benzoate* à 1 centigramme, puis par l'*huile grise*, comme le premier.

Le troisième fut traité exclusivement par l'huile grise.

Contaminé en 1900, il reçut, dès l'apparition de son chancre, 7 injections de trois vingtièmes de centimètre cube d'huile à 40 p. 100, séparées d'une semaine d'intervalle; au bout d'un mois, puis de deux, puis de deux et demi: 6 injections furent faites dans les mêmes conditions.

Les intervalles de repos augmentèrent, les séries furent de 5 injections, et il y en a eu encore 2 séries de 5 dans le courant de la dernière année écoulée depuis l'échéance.

Aucun de ces malades n'a pris d'iodure de potassium.

Parmi les 11 autres malades, 6 n'ont pris que des pilules, mais en quantité abondante et sans les abandonner.

4 ont suivi un traitement pilulaire très insuffisant.

Enfin, le dernier a pris seulement, au moment de son chancre, au régiment, quelques flacons de *sirop de Gibert*.

En résumé :

Parmi nos 36 syphilitiques devenus paralytiques généraux, un seul s'est soigné à peu près bien (pour ne parler que du mercure).

Parmi les 14 syphilitiques ayant présenté des phénomènes de neurasthénie, 4 seulement se sont mal soignés. Nous ne concluons pas autrement.

De tous ces faits découle nettement l'importance d'un bon traitement *préventif*. Nous rejetons la méthode *opportuniste*, méthode dangereuse, qui ne préconise le mercure qu'en présence des seuls accidents, et qui, en leur absence, compromet l'avenir des syphilitiques.

Un tel traitement doit toujours être administré à *doses intensives*, mais *surtout aux périodes jeunes* de la maladie, où elle peut être assimilée à une infection aiguë répandant dans tout l'organisme la plus pernicieuse des toxines. Nous disons toujours à doses intensives, car celles-ci doivent non seulement être employées sans arrière-pensée, mais encore préconisées chaque fois que l'organisme est susceptible de les supporter sans dommage. Le professeur Fournier et, plus récemment, MM. Jullien (1), Duhot (2), entre autres, ont bien établi qu'une seule cure mercurielle intensive et prolongée, faite au début de toute syphilis, pouvait suffire à rendre les malades indemnes de tout accident, même très longtemps après le début.

Nous pourrions citer bien des faits qui renforceraient l'opinion de ces auteurs, et dont nous avons été témoin lors de notre année d'internat à l'hôpital Saint-Louis.

En pratique, il faut tenir compte aussi des multiples considérations qui tiennent aux convenances personnelles des malades, c'est-à-dire à leur profession, au temps dont ils disposent, à la nécessité de dissimuler leur traitement et à leur situation de fortune. Mais, ces considérations

(1) Jullien. *Traitement abortif de la syphilis par les injections de calomel*.

(2) Duhot. *Traitement intensif et abortif de la syphilis. Annales de la Polyclinique centrale de Bruxelles*, sept. 1904.

mises à part, il faut à ces périodes jeunes, primaire et secondaire, injecter les sels solubles : deux ou trois séries de 20 à 25 injections quotidiennes de bi-iodure ou de benzoate de mercure à 2 ou 3 centigrammes par centimètre cube, séparées de quinze jours de repos entre la première et la seconde; et d'un mois entre la seconde et latroisième.

L'on arrive ainsi, après la troisième série, à quatre mois en arrière du début, période à laquelle une syphilis ainsi traitée reste muette dans la grande majorité des cas.

Après un repos de six semaines à deux mois, le traitement mercuriel doit être repris, et nous ne savons rien de meilleur pour réaliser un *traitement de fond* que l'*huile grise* : médicament très actif et qui a fait ses preuves maintes fois en présence d'accidents rebelles, donc très suffisant à mercurialiser les malades : médicament indolent, peu assujettissant, qui, bien manié, ne prête à aucune critique, et dont on a exagéré à tort les dangers (1).

Les intervalles de repos entre les séries de traitement doivent être de plus en plus prolongés au fur et à mesure qu'on s'éloigne du début. L'on arrive ainsi à ne plus administrer le mercure que deux fois par an pendant la cinquième année, et comme on ne peut jamais dire d'une syphilis qu'elle est absolument éteinte, que l'organisme ne souffre en rien de la médication mercurielle ainsi administrée, nous pensons qu'il n'y a aucun inconvénient à ce que les

(1) G. Lebreton. Deux cas d'innocuité de l'huile grise, injectée accidentellement à doses considérables. *La Syphilis*, février 1905. Consulter, de plus, au sujet des *Prétendus méfaits de l'huile grise*, l'article de notre excellent ami, le docteur Emery, dans, *La Clinique*, 23 février 1906.

malades continuent, pendant de longues années, à se faire faire chaque année cinq injections d'huile grise. En tous cas, *leur confiance y gagnerait singulièrement*, et l'idée qu'ils se sentent parfaitement protégés annihilerait chez la plupart la crainte des accidents, cause parfois unique des désordres mentaux que nous venons d'étudier.

En vue de préserver les syphilitiques de la paralysie générale, le professeur Fournier vient de préconiser la *méthode des cures mercurielles à termes tardifs*. Après le traitement du début et *prolongé méthodiquement pendant les deux premières années, sous forme d'une série de cures mercurielles rigoureuses*, il conseille de « *suspendre toute médication pendant deux ans*, et de placer à la cinquième année, approximativement, un second traitement, celui-ci de la durée d'un an : puis, derechef, suspendre la médication pour quelques années, et refaire un troisième traitement d'un an vers le septième ou la huitième année. »

Voilà seulement ce qui, joint à une observance rigoureuse des règles de l'hygiène, peut constituer un traitement préventif de cette affection qu'il « vaut mieux prévenir que guérir », puisque, « de l'observation et de la statistique, il résulte qu'au total, une fois la syphilis acquise, l'unique garantie du malade contre les risques éventuels de la paralysie générale réside dans un traitement méthodiquement et longuement poursuivi. » (A. Fournier).

Mercure et paralysie générale confirmée. — Actuellement, rien, pour ainsi dire, ne permet encore d'affirmer qu'un traitement mercuriel, si intensif soit-il,

puisse enrayer l'évolution d'une paralysie générale vraie, même à son début.

Mettons, pour satisfaire à l'opinion de MM. Lemoine et Leredde (congrès de médecine de Toulouse, avril 1902), qu'il puisse y avoir de rarissimes exceptions en présence de symptômes extrêmement éloignés encore de la période d'état : mais, surtout, n'oublions pas que les pseudo-paralysies générales syphilitiques que nous avons vu, cliniquement, si proches de la maladie de Bayle, sont curables...

Aux faits empreints du même doute, cités par Mairét (1), de Cassaët (2), Aubert (3), Devay (4), Marchand (de Blois) (5), Carl Spengler (de Davos), nous devons opposer les opinions inverses de MM. Lannois et Pierret (de Lyon), et ainsi que nous les avons déjà signalées, celles de la plupart des maîtres de Paris, MM. Fournier, Brissaud, G. Ballet, Déjerine, Marie, Dupré.

M. Pierre Marie dit à ce sujet : « Je ne peux pas, sans protester, laisser passer cette affirmation que si les paralytiques généraux ne guérissent pas après un traitement antisypilitique, c'est que ce traitement n'a pas été assez énergique ou assez prolongé. »

Le professeur Brissaud est du même avis : « J'ai donné, a-t-il dit, à des paralytiques généraux, jusqu'à 14 centigrammes de mercure par jour, sans incident ; bien entendu, il faut prendre quelques précautions. J'ai pour-

(1) Mairét. In *Traité de thérapeutique* de A. Robin, 1898.

(2) Cassaët. Congrès de Médecine de Toulouse, 1902.

(3) Aubert, *Thèse*, Lyon, 1902.

(4) Devay. Soc. des Sc. médicales de Lyon, 19 fév. 1902.

(5) Marchand. Soc. médico-psychologique, oct., 1902.

suivi le traitement longtemps, patiemment; mais il vient forcément un moment où l'on s'arrête, lorsqu'on voit que la thérapeutique employée n'a d'autre effet que de déprimer la résistance du malade. »

Les soi-disant faits d'amélioration ou de guérison ont permis bien des tentatives. Pour notre part, nous sommes allés progressivement ou brusquement très loin dans l'administration du mercure chez des paralytiques généraux encore bien peu atteints. Qu'on ne vienne pas nous accuser d'avoir commis des fautes de technique, puisque nous n'avons eu à déplorer aucun accident imputable à nos méthodes. Malgré cela, nous ne pouvons signaler à l'actif de ces traitements mercuriels intensifs, aucune amélioration vraiment digne de ce nom.

Tout au contraire, le mercure peut être *nuisible* dans la paralysie générale confirmée. C'est ainsi que M. P. Marie s'exprime à ce sujet : « Non seulement les malades ne guérissent pas, mais nous connaissons des cas indéniables où les fortes doses ont produit des *aggravations* manifestes. » De même, M. E. Dupré a pu conclure en ces termes : Je n'ai jamais vu le bénéfice du traitement mercuriel de la paralysie générale. J'en ai quelquefois constaté l'innocuité, mais j'en ai plus souvent observé les inconvénients et le danger. »

Ces aggravations s'expliquent vraisemblablement par ce fait que la nutrition des paralytiques généraux étant très ralentie, ceux-ci ne peuvent plus éliminer leur mercure, qui ne manque pas alors de provoquer des phénomènes d'intoxication générale dont le cerveau souffre comme les autres organes.

*
* *

Troubles mentaux d'origine mercurielle. — Ne sait-on pas combien les excès de mercure peuvent retentir sur le système nerveux, alors même que celui-ci ne présente aucune lésion ? C'est à ce point que certains syphilitiques, livrés à eux-mêmes et faisant abus de la médication mercurielle, en arrivent à présenter des troubles aussi graves que ceux qui ne sont habituellement rencontrés que dans l'intoxication professionnelle. Th. Roussel, Küssmaul, Tardieu nous ont fait connaître les troubles intellectuels. C'est d'abord la *suractivité intellectuelle* (Küssmaul) qui peut ouvrir la scène ; il a constaté ensuite la grande *émotivité* des malades, *qui s'emportent facilement, rient ou pleurent sans motifs*. « Plus tard, *l'intelligence s'altère, la mémoire est toujours très affectée, les malades sont incapables de prendre une décision, mais ils ne délirent pas* » (Sollas). Ils sont souvent dans un état de *dépression mentale* que Diéterich appelait *l'hypocondrie mercurielle*. La déchéance mentale peut être poussée plus loin, elle va jusqu'à la démence paralytique (Tardieu). « Incapables de se tenir debout, souvent même de s'habiller et de manger seuls, les malades s'expriment dans un *bégaiement* inintelligible », et vivent dans le confinement, le visage hébété, « comme des enfants en bas âge ».

Il n'est pas besoin d'insister sur la similitude de tels symptômes avec ceux de la *paralysie générale*, la syphilis étant dans les deux cas, au point de départ. On peut observer la même marche progressive des deux côtés : une période de *début* caractérisée par des signes assez frustes, qui peuvent en imposer aussi pour la *neurasthénie* : émotivité, affaiblissement musculaire, névralgies diverses, céphalalgie, insomnie, tremblement, amaigrissement, bégaiement, dont l'ensemble constitue ce qu'a décrit notre ami Emery sous le nom d'*asthénie mercurielle*.

Parfois même, le métal toxique peut, chez certains pré-disposés réveiller des manifestations *hystériques*. L'*hystéro-épilepsie*, l'*hystéro-neurasthénie* ont été signalées, et nous les rappelons ici pour les opposer également à ce qui, dans la paralysie générale, peut se rapprocher de troubles semblables.

Dans une seconde phase *caractérisée par l'exagération progressive des signes de début* apparaissent des *phénomènes convulsifs*, des tremblements plus intenses, de l'embarras de la parole, enfin de nombreux désordres nerveux, et parfois des paralysies.

La troisième phase est la période de *démence*, à la suite de laquelle on observe la *cachexie* et parfois la mort.

Mais ici, une évolution rapide, pas de rémissions, pas d'euphorie, des signes concomitants d'hydrargyrisme cutané ou buccal : enfin, la pierre de touche du diagnostic serait la constatation de l'aggravation des accidents par la continuation du traitement mercuriel ou par l'élévation des doses, si les mêmes faits n'avaient été observés *mais moins rapidement*, chez les paralytiques généraux. Nous

devons même ajouter que l'accentuation des accidents après les traitements intensifs semble plus nette encore dans les *formes mélancoliques de la méningo-encéphalite* (Emery).

C'est à dessein que nous n'avons même pas mentionné l'*iodure de potassium* : un traitement préventif dans lequel le mercure est négligé au profit de l'iodure fait courir aux syphilitiques les plus graves dangers. D'autre part, l'iodure donné à doses massives, chez les paralytiques généraux, n'a contribué jusqu'ici, comme le mercure, qu'à occasionner des accidents.

*
* *

Traitement de la paralysie générale. — Tout autre doit donc être le traitement de la paralysie générale confirmée. Il doit s'inspirer des signes actuels qu'il importe d'atténuer en évitant aux malades toute souffrance.

L'hygiène joue un grand rôle : il faut supprimer toutes les causes d'intoxication. Le repos, la vie régulière, l'exercice modéré dans un endroit calme et silencieux, bien aéré, l'isolement relatif, le régime en grande partie lacté, la régularité des selles, l'hydrothérapie donnée sous forme de bains tièdes, et quand les malades peuvent les supporter, les douches tièdes (28 à 32°) en pluie, ont pu provoquer d'heureuses et assez durables rémissions et éviter certaines complications.

La surveillance constante et attentive de tels malades est nécessaire, en vue de parer aux conséquences sociales,

mais elle doit être douce, faite par un personnel plein d'égards qui laisse une *liberté surveillée* ; il faut repousser l'emploi des moyens de rigueur, ne s'en servir qu'à la dernière extrémité.

Aux périodes de démence et de gâtisme, il faut s'inspirer des circonstances, éviter les délits, calmer thérapeutiquement aux périodes d'excitation, et tonifier de même aux périodes de dépression.

Quant au traitement de la période finale, il ne peut qu'être symptomatique (gâtisme, escharres, infections cutanées, urinaires, pulmonaires, etc.)

*
* *

Traitement des troubles mentaux d'origine syphilitique. — Les psychoses secondaires sont améliorées par le traitement mercuriel au même titre que les accidents syphilitiques de cette période. Les petites doses d'iodure de potassium (0 gr. 50 par jour) combattent efficacement la céphalée si fréquente et le mercure annihile rapidement les toxines dont l'action perturbatrice retentit sur le cerveau.

Quant aux formes plus tardives, un traitement mercuriel bien suivi peut tout d'abord les *prévenir* au même titre qu'il prévient les autres affections parasymphilitiques. Comme elles surviennent plutôt chez des prédisposés, il faut également mettre en œuvre tous les moyens capables de modifier la mentalité de ces malades affreusement frappés par l'idée de leur syphilis. Et, il faut bien le dire,

ces moyens ne diffèrent pas de ceux dont nous avons parlé en étudiant le traitement préventif de la paralysie générale : ils constituent l'hygiène du syphilitique en général (consulter, à ce sujet, l'excellent traité du docteur Bourges : *Hygiène du syphilitique*). -

« J'imagine, dit encore le professeur Fournier, — sans pouvoir le démontrer, bien entendu — que sur dix syphilis du cerveau ou dix paralysies générales, il en est cinq pour le moins qui ne se seraient pas produites, si l'action de la diathèse n'avait été aiguillée vers le cerveau par une stimulation excessive de cet organe. »

Si ces règles d'hygiène ne sont pas suivies, si le traitement préventif est négligé trop tôt et que les phénomènes psychiques apparaissent, il faut, dans les formes bénignes et *récentes*, reprendre le traitement mercuriel.

Bien que celui-ci ne s'adresse pas alors à un accident visible qu'il faille modifier, il doit cependant se rapprocher dans sa manière d'être de la méthode choisie pour combattre un accident en évolution, puisqu'il s'adresse à une manifestation curable par le mercure. Aussi doit-on donner la préférence aux *sels solubles*, dont l'action est plus limitée comme durée, moins prophylactique que celle des préparations insolubles, mais aussi plus rapide, presque foudroyante. Ils présentent également cet avantage, bien appréciable en pareil cas, de mettre les malades en rapport quotidien avec leur médecin. Enfin, formant des combinaisons instables et n'agissant guère qu'au moment de cette formation, ils sont rapidement éliminés, ce qui n'est pas sans importance, quand on songe que les malades

auxquels ils sont administrés sont parfois de grands intoxiqués et ont une nutrition ralentie le plus souvent.

Nous ferons cependant quelque réserve au sujet des *hystéro-neurasthéniques* dont les troubles, réveillés parfois par l'action toxique du médicament, peuvent l'être aussi par l'assujettissement d'un traitement, les préoccupations qu'il crée, et surtout les phénomènes douloureux qu'il engendre parfois. Chez de tels malades, auxquels il importe cependant d'imposer une foi entière, nous préconisons plutôt l'emploi de *l'huile grise*, sur les avantages de laquelle nous ne reviendrons plus.

Lorsque les phénomènes mentaux se sont amendés, si la mercurialisation paraît insuffisante d'après la qualité des traitements antérieurs, on la continue par l'huile grise, ainsi qu'il a été dit.

Bien entendu, il faut éviter que les malades tombent dans l'excès contraire et s'intoxiquent. Beaucoup de ces prédisposés, prévenus par une atteinte ainsi traitée, prennent du mercure à l'insu de leur médecin et s'acheminent ainsi vers les accidents et les psychoses mercuriels. S'ils sont pris à temps, on voit les phénomènes de tristesse, de mélancolie, d'impuissance intellectuelle s'atténuer par le seul fait de la suppression du mercure, par la persuasion qui fait renaitre leur confiance, enfin, par tous les agents toniques médicamenteux ou physiques généralement employés dans le traitement de la neurasthénie banale.

A toutes les psychoses syphilitiques, concomitamment au traitement mercuriel, ce traitement doit être opposé. L'HYDROTHÉRAPIE FROIDE n'est plus à redouter ici comme

elle l'est dans la paralysie générale, même à son début. Elle supprime la dépression psychique, active le sommeil et l'appétit, enfin, GRACE A LA VIGUEUR QU'ELLE DONNE A LA CIRCULATION, ELLE ACTIVE L'ÉLIMINATION DU MERCURE.

Au contraire, ceux dont la dépression physique s'accompagne d'un certain degré d'agitation, d'éréthisme nerveux, supportent assez mal l'eau froide : elle les excite au lieu de les tonifier. On se trouve bien alors de la balnéation ou mieux de la douche tiède, en se souvenant que les efforts doivent cependant toujours tendre à en arriver à l'eau froide.

L'électricité statique mérite, elle aussi, de trouver sa place dans le traitement des phénomènes neurasthéniques. Il faut employer le bain statique sans étincelles, avec frictions à la boule, d'une durée de dix à douze minutes, la machine étant à mi-course. Ce mode de traitement n'est efficace qu'à la longue, il faut ne faire de séances que tous les deux jours, afin d'éviter l'excitation.

Certains cas se trouvent très améliorés à la suite du *massage* général.

Dans les formes plus accentuées et surtout plus tardives, il faut mettre en œuvre le *traitement mixte, ou alterné* (Fournier).

L'iodure peut être donné à de très fortes doses. M. Laurent, dans sa thèse, inspirée par M. E. Hirtz, a montré l'influence heureuse des hautes doses de ce médicament. Küss (de Strasbourg) le donnait jusqu'à la dose quotidienne de 40 grammes. Wolff allait même jusqu'à 50 grammes. M. E. Hirtz n'a obtenu la guérison de certaines formes de démence syphilitique qu'en poussant ces doses jusqu'à 20 et 30 grammes. MM. Balzer et Nisser sont également

partisans de fortes doses. Ensuite le mercure doit être repris à titre préventif, et pendant cette attaque vigoureuse, il faut également préconiser l'hygiène habituelle et l'hydrothérapie.

Plus la gravité s'accroît, plus les indications thérapeutiques tendent à devenir symptomatiques. QUE DE FOIS OU IL ARRIVE QUE LE TRAITEMENT MERCURIEL N'A PLUS SA PLACE, et où il faut s'inspirer des circonstances ! C'est ainsi que les états *maniaques* ou mélancoliques bénéficient considérablement du repos complet au lit, comme le préconise Weir-Mitchel (Falret, Magnan, Toulouse, Bernstein, Sérieux) auquel il faut joindre de temps en temps la médication opiacée.

Quant à la *psychothérapie*, très utile au début, elle échoue en général aux périodes avancées. Le cerveau n'étant pas malade en tant qu'organe de la pensée, on ne peut guère obtenir de résultats en cherchant à modifier les idées directrices : on n'arrive à un effet satisfaisant qu'en rendant à l'organisme débilité la vitalité qui lui manque. Alors, l'action psychique s'unit aux bienfaits de la thérapeutique remontante, et le moral des malades vient lui-même en aide au médecin.

CONCLUSIONS

La syphilis est retrouvée dans les antécédents de l'immense majorité des paralytiques généraux : 80 à 90 fois sur 100. Il faut ajouter à ce bilan les syphilis ignorées, oubliées, ou niées.

Les syphilitiques sont sujets à plusieurs affections capables de simuler la paralysie générale à toutes ses périodes.

La neurasthénie contemporaine de l'époque tertiaire, la neurasthénie para-syphilitique se rapprochent par bien des côtés de la méningo-encéphalite diffuse. Il n'existe guère pour les distinguer, que les différences tirées de l'examen des pupilles et du liquide céphalo-rachidien surtout.

Il faut ajouter que l'action du traitement étant d'une importance capitale dans la prophylaxie de la paralysie générale, un syphilitique a beaucoup moins de chances d'être paralytique général s'il s'est *rigoureusement* traité.

L'hystéro-neurasthénie et l'hystérie elle-même peuvent se rapprocher de la période prodromique de la paralysie générale, mais prêtent un peu moins à confusion.

Le maximum de difficulté réside dans ce fait que la neurasthénie constatée peut n'être qu'un des prodromes de la paralysie générale.

Ce diagnostic précoce très difficile est cependant d'une

importance capitale pour le médecin légiste, et pour celui qui doit se prononcer au sujet d'un mariage projeté.

L'examen clinique attentif et suffisamment prolongé peut faire différencier la période des ictus de la paralysie générale, de l'épilepsie ou des manifestations apoplectiques de la syphilis cérébrale.

Plus on s'avance dans la période d'état de la paralysie générale, plus son allure devient caractéristique : il y a cependant, chez les syphilitiques, des formes graves de psychoses qui peuvent prêter à erreur, soit que, chez ces malades, surviennent des maladies telles que la *mélancolie* ou la *manie* dites essentielles ou autres *psychoses systématisées progressives*, soit que leur neurasthénie très accentuée en arrive à simuler ces affections.

Mais ce qu'il faut alors surtout distinguer de la maladie de Bayle, ce sont les *pseudo-paralysies générales toxiques*, alcooliques ou saturnines, et surtout la *paralysie générale syphilitique*.

Les syphilitiques peuvent éviter la paralysie générale à condition d'observer les règles d'une hygiène spéciale, et surtout à condition que la syphilis soit attaquée vigoureusement à son début par le mercure, et harcelée ensuite par un traitement spécifique de fond, intensif, intermittent et prolongé.

Ce traitement doit être conduit de façon que l'organisme n'en subisse aucun dommage. En effet, les excès de mercure sont dangereux à plus d'un point de vue : le seul qui nous ait intéressé ici est qu'ils peuvent occasionner un retentissement sur les centres cérébraux et psychiques.

Quand la paralysie générale est constituée, le mercure devient inutile, à quelque dose qu'il soit administré : il s'est même montré nuisible dans quelques cas. Il faut se contenter d'une thérapeutique symptomatique, tonique et calmante, mettre les malades hors d'état de nuire, et leur assurer une fin exempte de souffrance.

La plupart des psychoses des syphilitiques sont curables : améliorées considérablement par le traitement mercuriel ou mixte qui neutralise la toxine perturbatrice, elles sont ensuite complètement guéries sous l'influence de thérapeutiques spéciales différant peu de ce qui est communément employé dans les affections mentales d'un autre ordre.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BRISSAUD.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD (Ch.). — Nouveaux procédés d'exploration. *Leç. faites à la Faculté*, 2^e édition, 1903.
- ANTHEAUME. — Etude statistique des modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la paralysie générale. *Soc. méd. psychologique*, 26 fév. 1894.
- BABINSKI. — De l'épilepsie spinale. *Soc. de Neurologie*, 15 janvier 1903.
- BAILLARGER. — *Gaz. des hôpitaux*, 1850.
- BALL. — *Leçons sur les maladies mentales*, 2^e édition, 1890.
- BALLET (G.). — Traité de pathologie mentale, 1^{re} édition, 1903.
- Forme neurasthénique du début de la paralysie générale. *Sem. méd.*, 22 nov. 1893.
- BALLET (G.) et BORDAS. — Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales. *Cong. de La Rochelle*, 1894, p. 340.
- BALLET (G.) et ROGUES DE FURSAC. — Traité de méd. Bouchard et Brissaud, 1905 ; art : Paralysie générale.
- BAUDRON. — Période prodromique de la paralysie générale. *Th.*, Paris, 1895.
- BELÈTRE. — La ponction lombaire chez les syphilitiques. *Th.*, Paris, 1902.
- BOSC. — *Th.*, Montpellier, 1892.
- BRIAND. — *Soc. médico-psychologique*, 29 janvier 1894.
- BRISSAUD. — *Congrès français de médecine*. VIII^e session. Paris, 24-26 oct. 1904.

- BUTTERSACK. — *Arch. f. psych.*, XVII, 3. Polyurie et polydipsie dans les affections syphilitiques du système nerveux central.
- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux, t. III, p. 78.
- CHÉRON. — *Bull. gen. de thérapeutique*, juin 1892.
- CORNILLOT. — *Thèse*, Paris, 1904. Perte de la mémoire du calcul dans la paralysie générale.
- CROUZON. — Milian, Paris: Céphalée syphilitique éclairée par la ponction lombaire. *Soc. méd. hôp.*, 14 fév. 1902.
- DAGONET. — *Traité des maladies mentales*.
- DÉCHY. Le signe d'Argyll-Roberston et la cytologie du liquide céphalo-rachidien. *Th.*, Paris, 1902.
- DENY. — Les démences vésaniques. (Rap. présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurol. Paris, 1^{er} au 7 août 1904.
- DROUET. — Diagnostic de la paralysie générale. *Ann. méd. psych.*, 1871.
- DUFLOS. — La ponction lombaire en psychiatrie. *Th.*, Paris, 1901.
- DUFOUR. — Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis, et certaines maladies nerveuses. *Soc. méd. des hôp.*, 13 juin 1902.
- DUHOT. — Traitement intensif immédiat et abortif de la syphilis. *Annales de la polyclinique centrale de Bruxelles*, sept. 1904.
- DUPRÉ (E.) — *Traité des maladies mentales de G. Ballet*. Art. : Paralysie générale.
- DUPRÉ (E.), et DEVAUX (A.). — Cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans les maladies mentales. *Soc. méd. hôp.*, juin 1901.
- DUTIL. — *Traité des maladies mentales de G. Ballet*. Hystérie.
- ESQUIROL. — *Dictionnaire des sciences médicales*, 1814, 1816.
- FALRET. — Maladies mentales et asiles d'aliénés. *Leçons clin.*, Paris, 1894.
- FÉRÉ (Ch.). — Pathologie des émotions, 1892.

- FOURNIER (A.). — Les affections parasyphilitiques.
— Traitement de la syphilis.
— Du suicide dans la syphilis.
— Leçons cliniques de l'hôpital Saint-Louis. Neurasthénie d'origine syphilitique, oct. 1893.
— Syphilis et paralysie générale. *Bull. méd.*, 3 mai 1893.
- FOURNIER (A.) et RAYMOND (F.). — Paralysie générale et syphilis (communic. faites à l'Acad. de méd. Masson, 1905.)
- GAJKIEWICZ. — Syphilis du système nerveux. *Th.*, Paris, 1892.
- GEORGET. — Paralysie musculaire chronique, 1820.
- GAUCHER et CROUZON. — Les troubles de la nutrition dans la syphilis. *Soc. méd. hôp.*, 31 janvier 1902.
- GROSS (de Heidelberg). — Ueber Frühdiagnose der Paralyse. *Centralb. f. Nervenheilk u. Psychiat.*, 1896.
- GUILLAIN. — Le bégaiement hystérique. *Soc. de Neurol.*, 1901.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Les états neurasthéniques.
— Diagnostic et traitement des états neurasthéniques. Clin. de l'hôpital Héroid. *Sem. méd.*, 1898, n° 16.
- HEDDEAUS. — Die pupillenreaction auf Licht. *Wiesbaden*, 1886.
- HILDEBRAND. — *Th.*, Strasbourg, 1857.
- HIRSCHL. — *Wien. Méd. Presse*, 1904, 27-30.
- HIRTZ (E.). — Démence syphilitique. *Clin. méd. de Laennec*, juillet 1902.
- IVANOFF *Wratch*, 1887.
- JOCQS. — Valeur séméiologique de certains troubles oculaires en pathologie générale, 1899.
- JOFFROY. — Paralysie générale tabétiforme. *Clin. de l'Asile Sainte Anne*.
— *Soc. méd. hôp.*, 1903.
— *Communication à l'Acad. de Méd.*, février 1905.

- KÜSS. — La question de la neurasthénie à la société de thérapeutique. *Bull. méd.*, 1901, n° 3.
- LEMOINE. — *Revue neurologique*, 30 juillet 1902.
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis.
— *Communication à l'Acad. de méd.*, février 1905.
- LAURENT (M.). — *Thèse*, Paris, 1900.
- LUYS. — *Maladies mentales*, 1887, p. 281.
- LEMOINE. — Traitement de la paralysie générale. *Soc. de neurologie*, 3 juillet 1902.
- LEREDDE. — Progrès à réaliser dans le traitement mercuriel des accidents graves de la syphilis. *Sem. méd.*, 23 avril 1902.
- MAGNAN. — Traitement de la manie. *Rec. de psychiatrie*, 1897.
- MAGNAN et SÉRIEUX. — La paralysie générale. Collection Léauté, 1898.
- MANTOUX. — Syphilis nerveuse latente. *Th.*, Paris, 1904.
- MARANDON DE MONTYEL. — Hypersécrétions multiples dans la paralysie générale. *Pr. méd.*, 7 sept. 1904.
- MARCHAND (L.). — Rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale, 1906.
- MARIE (A.). — Paralysie générale et névroses. *Soc. méd. psych.*, 26 janvier 1903.
- MARIE (A.) et DUFLOS. — Congrès de Grenoble, 1902.
- MARIE (P.). — *Congrès international de Paris*, 1900. Sect. de Neurologie.
- MARRO. — *Neurol. Centralbl.*, 1888.
- MAURIAC. — Affections syphilitiques des centres nerveux. Paris, 1899.
- MONOD (R.). — Eléments figurés du liquide céphalo-rachidien dans le tabes et la paralysie générale. *Soc. méd. hôp.*, janvier 1901.
- NAGEOTTE et JAMET. — Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans 45 cas d'affections mentales et nerveuses. *Soc. méd. hôp.*, 17 janvier 1902.

- NAXERA. — L'inégalité pupillaire au point de vue diagnostic.
Hornik Lek, 1900, analysé in *Revue neurol.*, 1902, p. 403.
- PARCHAPPE. — Traité théorique et pratique de la folie, 1841
obs. 194 et 203.
- PARINAUD. — Migraine ophthalmique au début de la paralysie
générale. *Arch. neurol.*, 1883, t. V.
- PATRICK. — *N.-York méd. journ.*, 1898.
- PRITCHARD. — *Med. record*, 14 mai 1904.
- RAVAUT. — Liquide céphalo-rachidien des syphilitiques aux
périodes primaire, secondaire et tertiaire. *Annales de la
Soc. de Derm. et de Syph.*, déc. 1904.
- RAYMOND. — Clin. de la Salpêtrière. *Commun. à l'Acad. de
Méd.*, fév. 1905.
- RENAUD. — Etude des réflexes dans la paralysie générale.
Thèse, Paris, 1893.
- RECHE. — Ueber die Papillenum gleichheit. *Deutsch. medic.
Wochenschr.*, 1893.
- RÉGIS. — Traité des maladies mentales.
— Note sur les délires d'auto-intoxication et d'infection. *Pr.
méd.*, 1898, p. 57.
— Neurasthénie et paralysie générale. *Presse méd.*, 1897.
- RICORD. — Clinique iconographique, 1851.
— Lettres sur la syphilis, 3^e édit., 1863.
- ROBIN (A.). — Traité de thérapeutique, 1898.
- ROUILLARD. — *Soc. méd. psych.*, 27 février 1888.
- SÉGLAS. — Cliniques de l'hospice de Bicêtre.
— Auto-intoxication et délire. *Presse méd.*, 1898, p. 373.
- SÉGLAS et NAGEOTTE. — Cytodiagnostic dans les maladies
mentales. *Soc. méd. hôp.*, juin 1901.
- SÉGLAS et H. FRANÇAIS. — Diagnostic de l'épilepsie et de la
paralysie générale. *Presse méd.*, sept. 1902.
- SEMPER. — Les enfants des paralytiques généraux. *Thèse*,
Paris, 1904.
- SÉRIEUX. — Le traitement des mélancoliques par le repos au
lit. *Rev. de psychiatrie*, août 1897.

- SICARD. — Le liquide céphalo rachidien. Paris, 1902.
- SOTTAS. — *Man. de méd. Debove-Achard*; art. Intoxication mercurielle, t. VII.
- SOUQUES. — Epilepsie partielle. *Manuel de méd. Debove-Achard*.
- TANZI. — Traité des maladies mentales. Florence. 1905.
- TRÉNEL. — *Soc. méd. psych.*, 26 février 1894.
- TROUSSEAU — Cliniques méd. de l'Hôtel-Dieu, 8^e édit., 1894.
- VALLON. — La paralysie générale et le traumatisme dans leurs rapports réciproques. *Th.*, Paris, 1882.
- WIDAL ET LEMIERRE. — Cytologie du liquide céphalo rachidien au cours des poussées congestives de la paralysie générale. *Soc. méd. hôp.*, 9 juillet 1902.
- WIDAL ET RAVAUT. — *Soc. de Biologie*, 30 juin 1900.
- Congrès international de Paris, août 1900.
- Le cyto-diagnostic céphalo rachidien. *Traité de Path. gén. de Bouchard*, t. VI.
- WIDAL, SICARD ET RAVAUT. — *Soc. méd. hôp.*, janvier 1903.
- WILLE. — Mémoire sur la syphilis dans ses rapports avec les psychoses. Zürich.
- YVAREN. — Métamorphoses de la syphilis. Paris, 1854.
- ZIENEN. — Manifestations psychiques de la syphilis cérébrale. *Soc. de méd. interne de Berlin*, 23 janvier 1905.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE I. — Relations de la paralysie générale et de la syphilis.....	9
CHAPITRE II. — Période prodromique de la paralysie générale	15
CHAPITRE III. — Affections qui, chez les syphilitiques, peuvent simuler la paralysie générale à sa période prodromique..	19
Troubles mentaux des syphilitiques en général.....	20
Neurasthénie secondaire.....	23
Hystéro-neurasthénie.....	25
Neurasthénie parasymphilitique.....	26
CHAPITRE IV. — Diagnostic différentiel de la paralysie générale à la période prodromique.....	28
<i>Signes communs avec les affections qui peuvent la simuler..</i>	28
<i>Différences avec les mêmes affections.....</i>	33
<i>Examen des réflexes.....</i>	38
— <i>des yeux.....</i>	40
— <i>du liquide céphalo-rachidien.....</i>	45
Neurasthénie prodromique des accidents nerveux.....	49
CHAPITRE V. — Valeur du diagnostic précoce au point de vue légal	52
CHAPITRE VI. — Diagnostic différentiel de la paralysie générale à la période d'état.....	55
<i>Début brusque par ictus.....</i>	55
<i>Epilepsie.....</i>	56
<i>Syphilis cérébrale.....</i>	57
<i>Symptômes de la période d'état.....</i>	60

<i>Neurasthénie</i>	64
<i>Mélancolie</i>	65
<i>Manie</i>	66
<i>Hystérie</i>	69
<i>Pseudo-paralysies générales</i>	72
<i>Folie syphilitique</i>	73
<i>Tabes</i>	76
CHAPITRE VII. — Diagnostic différentiel à la période terminale	78
CHAPITRE VIII. — Traitement.....	80
<i>Traitement préventif de la paralysie générale</i>	80
<i>Mercure et paralysie générale confirmée</i>	89
<i>Troubles mentaux d'origine mercurielle</i>	92
<i>Traitement de la paralysie générale</i>	94
<i>Traitement des troubles mentaux d'origine syphilitique</i>	95
CONCLUSIONS.....	101
BIBLIOGRAPHIE.....	105